Agence de la santé publique du Canada

2009-2010

Rapport ministériel sur le rendement

Table des matières

MESSAGE DE LA MINISTRE 1

MESSAGE DE L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE 2

SECTION I – SURVOL 3

1.1 **Renseignements sommaires** 3

Raison d'être 3

Responsabilités 3

Résultat stratégique et architecture des activités de programmes (AAP) 3

1.2 **Sommaire de la planification** 5

Ressources financières en 2009-2010 (en millions de dollars) 5

Ressources humaines en 2009-2010 (équivalents temps plein - ETP) 5

Sommaire du rendement 5

Apport des priorités à l'atteinte du résultat stratégique 7

Analyse des risques 10

Profil des dépenses 13

Plan d'action économique du Canada 14

Postes votés et législatifs (en millions de dollars) 14

SECTION II – ANALYSE DES ACTIVITÉS DE PROGRAMME PAR RÉSULTAT STRATÉGIQUE 15

2.1 **Résultat stratégique** 15

2.1.1 Activité de programme – Promotion de la santé 15

2.1.2 Activité de programme – Prévention et contrôle des maladies chroniques 21

2.1.3 Activité de programme – Prévention et contrôle des maladies infectieuses 26

2.1.4 Activité de programme – Mesures et interventions d'urgence 33

2.1.5 Activité de programme – Renforcement des capacités en santé publique 37

2.1.6 Activité de programme – Services internes 41

2.2 **Plan d'action économique du Canada** 46

SECTION III – RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES 47

3.1 **Principaux renseignements financiers** 47

États financiers 48

3.2 **Liste de tableaux** 48

Message de la ministre

J'ai le plaisir de présenter le rapport sur le rendement 2009-2010 de l'Agence de la santé publique du Canada.

Au cours de la dernière année, avec le concours de Santé Canada et d'autres partenaires, l'Agence a dirigé l'intervention du Canada contre la pandémie de grippe A (H1N1). Les Canadiens ont de quoi être fiers des professionnels travaillant au Laboratoire national de microbiologie de l'ASPC, qui ont su agir rapidement pour procéder au séquençage intégral du génome d'échantillons de virus provenant du Canada et du Mexique, contribuant ainsi de façon marquée à l'enrichissement du savoir mondial relatif à la grippe A (H1N1). Le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP) de l'Agence a exercé une fonction cruciale dans la diffusion—à l'intention des Canadiens, de nos partenaires internationaux et des fonctionnaires de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)—d'alertes rapides et de rapports continus portant sur différentes menaces pour la santé publique, dont la grippe A (H1N1). L'OMS a reconnu l'apport du RMISP à la détection précoce de la pandémie. Ces réussites démontrent l'engagement du Canada envers la recherche de calibre international et envers la promotion et la protection de la santé des Canadiens.

Parmi les autres initiatives de l'Agence ayant eu des répercussions sur l'ensemble des Canadiens, notons la publication d'un guide de préparation au virus H1N1, en ligne et sur support papier, ainsi que le lancement, à l'échelon national, de campagnes d'information et de publicité portant sur les mesures de santé publique visant à prévenir la propagation de l'infection. Plus de 45 % de la population canadienne a été vaccinée dans le cadre d'une campagne nationale d'immunisation sans précédent. Par ailleurs, le public a réagi au delà de toute espérance aux campagnes d'information et de publicité qui incitaient les citoyens à gérer et à limiter la transmission du virus de la grippe A (H1N1) en toussant dans leur manche et en se lavant souvent et soigneusement les mains.

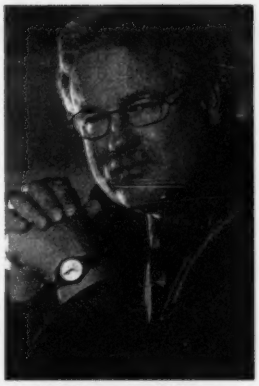
Sur le plan international, l'Agence a offert une aide et un soutien professionnels dans le cadre des secours humanitaires fournis à Haïti. Appuyés par des collègues du département de la Santé et des Services humanitaires des États-Unis et de l'Organisation panaméricaine de la santé, les travailleurs de l'Agence ont procédé à l'évaluation des besoins en matière de santé publique lors des premières phases de l'intervention. Le personnel de l'Agence et les professionnels des soins de santé canadiens ont acquis une expérience et conclu des partenariats avec des organismes internationaux d'intervention en cas de catastrophe, et ces réalisations d'une valeur inestimable soutiendront les efforts de renforcement des capacités de l'Agence tout en aidant le Canada à se doter de meilleures capacités d'intervention en cas d'urgence.

L'Agence poursuit son travail diligent en vue de promouvoir les modes de vie sains et de prévenir et d'atténuer les maladies au Canada. Par exemple, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'action communautaire pour les enfants octroient des crédits à des groupes et des coalitions communautaires, ce qui permet d'aider les populations vulnérables vivant des situations de risque. Ces programmes contribuent à promouvoir la santé et le développement social des femmes enceintes, des jeunes enfants, des enfants âgés de 0 à 6 ans et de leur famille. L'Agence soutient également www.AboutKidsHealth.ca afin que les professionnels de la santé, les parents et les enfants puissent recevoir une information complète, accessible et documentée à propos de la santé des enfants. AboutKidsHealth joue un rôle particulièrement utile pour aider les Canadiens vivant dans des collectivités éloignées. Soucieuse de favoriser l'atténuation des maladies chroniques, l'ASPC finance, dans le cadre du projet COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention), des initiatives qui accéléreront les efforts de prévention des maladies chroniques au Canada, notamment en portant une attention particulière aux collectivités autochtones et nordiques.

En conclusion, je tiens à souligner l'immense fierté que m'inspirent les efforts déployés par l'Agence et ses partenaires. Bon an mal an, nous travaillons à l'édification d'un Canada en meilleure santé.

L'honorable Leona Aglukkaq, c.p., députée
Ministre de la Santé
Gouvernement du Canada

Message de l'administrateur en chef de la santé publique



Tablant sur sa capacité de collaborer avec les provinces et territoires et avec des partenaires nationaux et internationaux afin d'atténuer les menaces pour la santé publique, l'Agence de la santé publique du Canada est un chef de file reconnu qui s'affaire à définir et à concrétiser une vision : des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain.

En règle générale, la plupart des décès prématurés évitables sont attribuables à des phénomènes courants comme une maladie chronique ou une blessure. Cependant, sur le plan de la santé, l'année 2009 a posé un défi particulier, notamment pour les jeunes adultes. Pour affronter la pandémie de grippe A (H1N1), l'Agence a misé sur son aptitude à exercer un leadership, sur ses plans de préparation aux situations d'urgence et sur sa capacité de réagir avec efficacité et efficience aux menaces pour la santé publique. Tirant parti de mécanismes comme Surveillance de l'influenza, le système national de surveillance qui observe la propagation de la grippe et des maladies semblables au Canada, l'Agence a su se montrer à la hauteur du défi. Comme pays, nous avons fait d'immenses progrès pour contrôler la propagation du virus H1N1, mais la vigilance reste de mise. Pour soutenir le rôle que joue le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé publique, l'Agence exerce la fonction d'organisme national de coordination qui collabore avec des organismes partenaires à tous les échelons. Au moment de lutter contre une épidémie, les médecins, les pharmaciens et le personnel infirmier constituent les sources les plus importantes et les plus fiables de renseignements sur l'immunisation, à l'intention du grand public. Avec le concours des provinces et des territoires, et dans le but d'aider les travailleurs de la santé et d'autres personnes, l'Agence a mis au point des programmes efficaces d'apprentissage en ligne, à l'égard des pratiques sûres d'immunisation, tout en veillant à la diffusion de renseignements exacts et uniformes sur la santé publique.

En partenariat avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments et Santé Canada, l'Agence s'est attaquée aux recommandations énoncées dans *Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada à l'éclosion de listériose de 2008*. Par exemple, le Protocole canadien d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire a été revu et communiqué aux provinces et aux territoires, en février 2010. Le nouveau protocole énonce plus clairement les rôles et les responsabilités des partenaires qui veillent à la salubrité des aliments.

Attendu que les décisions judicieuses se fondent sur un savoir éclairé, l'Agence contribue à l'enrichissement de la base de connaissances et de compétences des Canadiens. À cette fin, par exemple, elle a publié *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, un ouvrage qui trace le portrait le plus complet et à jour qui soit des maladies cardiovasculaires au Canada.

Les enfants sont le thème central du *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*. Nous sommes interpellés par les défis auxquels font face de nombreux enfants autochtones, enfants ayant un handicap et enfants de familles à faible revenu. Le rapport souligne la persistance du problème des revenus insuffisants au Canada. Dans un contexte où la pauvreté et la santé des enfants sont étroitement liées, environ 12 % des Canadiens vivent encore sous le seuil de la pauvreté. Les taux de mortalité infantile observés dans les zones à faible revenu dépassent de 61 % ceux mesurés ailleurs. Les enfants qui connaissent la pauvreté sont plus sujets que les autres à avoir des problèmes de santé, à accuser des retards de développement et à présenter des troubles du comportement dont ils souffriront tout au long de leur vie. L'Agence poursuit ses efforts de sensibilisation et d'information au sujet des déterminants de la santé, notamment en incitant les Canadiens à adopter des modes de vie sains et à faire plus d'activité physique.

Si nos nombreuses réalisations sont motifs à réjouissance, il reste encore bien de la besogne à abattre dans ces différents domaines. Je me réjouis de savoir que l'Agence de la santé publique du Canada continuera d'exercer un leadership afin de nous aider à relever ces défis.

Dr David Butler-Jones, M.D.
Administrateur en chef de la santé publique

Section I – Survol

1.1 Renseignements sommaires

Raison d'être

La santé publique a trait aux efforts organisés que déploie la société pour maintenir les personnes en santé et pour contribuer à la prévention des blessures, des maladies et des décès prématurés. Il s'agit d'un assemblage de programmes, de services et de politiques qui protègent et favorisent la santé de tous les Canadiens. Au Canada, les trois ordres de gouvernement, le secteur privé, les organisations non gouvernementales, les professionnels de la santé et le public se partagent la responsabilité de la santé publique.

L'Agence de la santé publique du Canada (« l'Agence » ou « l'ASPC ») a été créée en septembre 2004, à l'intérieur du portefeuille de la santé du gouvernement fédéral, afin de remplir l'engagement du gouvernement du Canada de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité de tous les Canadiens, d'accorder une plus grande importance à la santé publique et de contribuer à l'amélioration de la santé et au renforcement du système de santé. Ses activités portent avant tout sur la promotion de la santé, sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques ou infectieuses, sur la prévention des blessures, sur la prise de mesures permettant de se préparer aux situations d'urgence en santé publique et d'intervenir lorsqu'elles surviennent ainsi que sur l'amélioration des capacités en santé publique du Canada.

Responsabilités

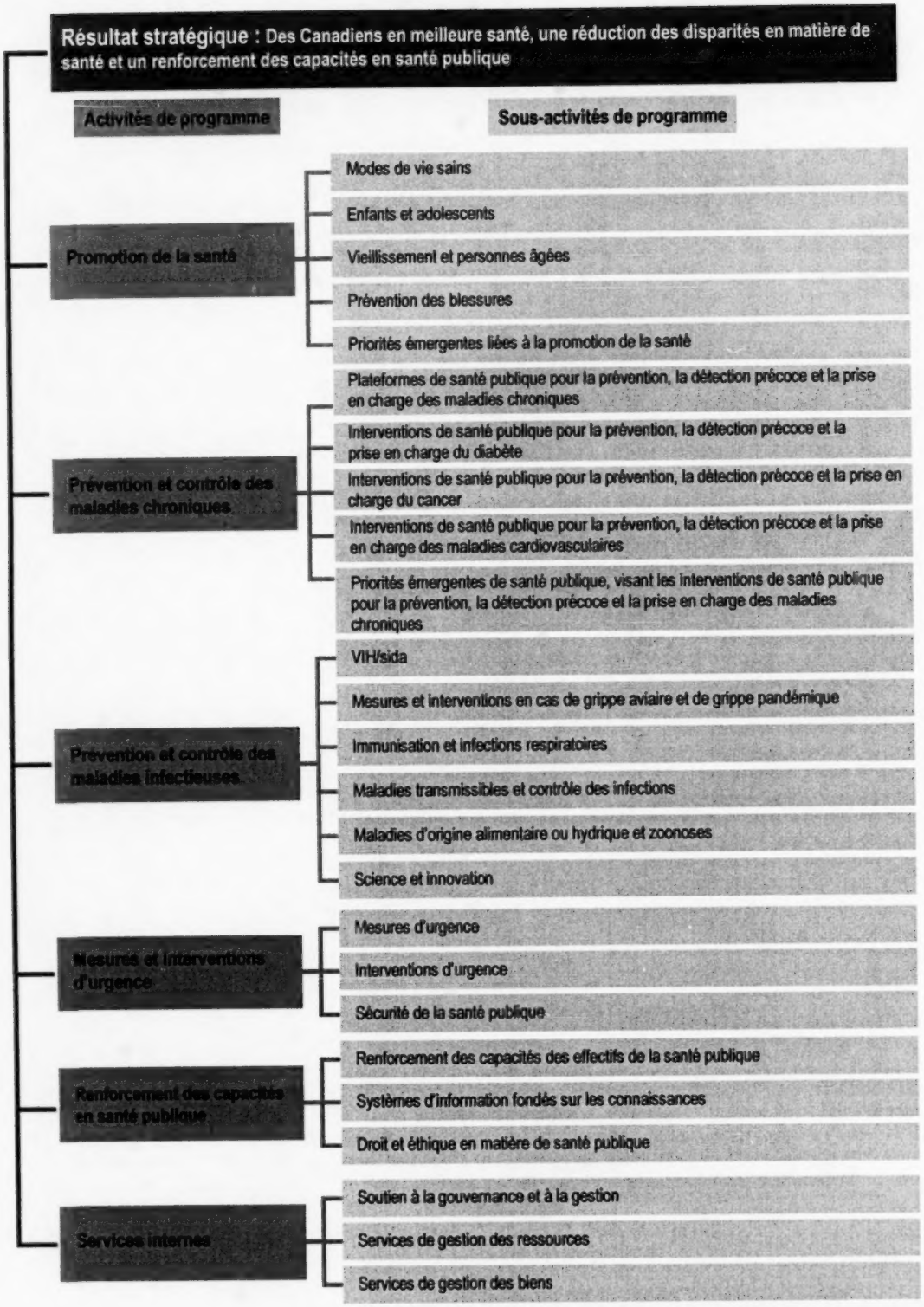
Les responsabilités suivantes incombent à l'Agence :

- contribuer à la prévention des maladies et des blessures et à la promotion de la santé;
- améliorer le nombre et la qualité des données de surveillance et élargir les connaissances relatives aux maladies et aux blessures au Canada;
- agir pour que le gouvernement fédéral exerce un leadership et rende compte de sa gestion lors de situations d'urgence en santé publique;
- être une plaque tournante favorisant à la fois la diffusion du savoir-faire canadien dans le reste du monde et l'application, aux programmes de santé publique du Canada, des résultats de travaux internationaux de recherche et développement;
- renforcer la collaboration intergouvernementale dans le domaine de la santé publique et faciliter l'adoption d'approches nationales en matière d'élaboration de plans et de politiques en santé publique.

En vigueur depuis décembre 2006, la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* procure les bases législatives qui permettent à l'Agence de continuer d'exercer ces fonctions importantes.

Résultat stratégique et architecture des activités de programmes (AAP)

Soucieuse de remplir efficacement son mandat, l'Agence mise sur son architecture des activités de programme (AAP) (représentée au diagramme suivant) pour atteindre un seul résultat stratégique, soit des Canadiens en meilleure santé, une réduction des disparités en matière de santé et un renforcement des capacités en santé publique. Au cours de l'année financière 2008-2009, l'Agence a entrepris le renouvellement de son AAP pour donner suite aux résultats de l'évaluation de la cinquième ronde du cadre de responsabilisation de gestion (CRG) et répondre aux conditions liées à la lettre d'approbation émise au terme de l'examen stratégique de 2008. Au printemps et à l'été 2009, le Conseil du Trésor a approuvé l'AAP de 2010-2011 et le cadre de mesure du rendement (CMR) connexe.


Résultat stratégique : Des Canadiens en meilleure santé, une réduction des disparités en matière de santé et un renforcement des capacités en santé publique
Activités de programme
Sous-activités de programme
Promotion de la santé
Modes de vie sains
Enfants et adolescents
Vieillissement et personnes âgées
Prévention des blessures
Priorités émergentes liées à la promotion de la santé
Prévention et contrôle des maladies chroniques
Plateformes de santé publique pour la prévention, la détection précoce et la prise en charge des maladies chroniques
Interventions de santé publique pour la prévention, la détection précoce et la prise en charge du diabète
Interventions de santé publique pour la prévention, la détection précoce et la prise en charge du cancer
Interventions de santé publique pour la prévention, la détection précoce et la prise en charge des maladies cardiovasculaires
Priorités émergentes de santé publique, visant les interventions de santé publique pour la prévention, la détection précoce et la prise en charge des maladies chroniques
Prévention et contrôle des maladies infectieuses
VIH/sida
Mesures et interventions en cas de grippe aviaire et de grippe pandémique
Immunisation et infections respiratoires
Maladies transmissibles et contrôle des infections
Maladies d'origine alimentaire ou hydrique et zoonoses
Science et innovation
Mesures et interventions d'urgence
Mesures d'urgence
Interventions d'urgence
Sécurité de la santé publique
Renforcement des capacités en santé publique
Renforcement des capacités des effectifs de la santé publique
Systèmes d'information fondés sur les connaissances
Droit et éthique en matière de santé publique
Services internes
Soutien à la gouvernance et à la gestion
Services de gestion des ressources
Services de gestion des biens

1.2 Sommaire de la planification

Ressources financières en 2009-2010 (en millions de dollars)

Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
653,5	1 202,5*	944,2**

Ressources humaines en 2009-2010 (équivalents temps plein - ETP)

Prévues	Réelles	Différence
2 434,9	2 558,1	(123,2)***

* Le total des autorisations a été nettement supérieur aux dépenses prévues. Cet écart s'explique surtout par l'octroi de nouvelles autorisations pour financer la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1). D'autres autorisations supplémentaires ont été octroyées au titre de la modernisation des laboratoires fédéraux ainsi que du financement de certaines dispositions des conventions collectives.

** Les crédits octroyés à l'ASPC au titre des vaccins et des autres coûts associés à la lutte contre le virus de la grippe A (H1N1) étaient fondés sur les meilleurs renseignements disponibles à l'été. Cependant, l'éclosion ayant été endiguée dès l'automne, les coûts réels ont été moins élevés que prévu. Les crédits autorisés à l'appui d'une nouvelle chaîne de remplissage de vaccins antigrippaux et à l'appui de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH ont été reportés aux années financières ultérieures, ce qui s'est traduit par une baisse des dépenses réelles pour 2009-2010.

*** L'écart entre les nombres prévus et réels d'équivalents temps plein s'explique surtout par les exigences liées à la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1). Cet écart considérable ne reflète pas les augmentations d'effectifs moins importantes que prévu qui ont été observées dans certains secteurs relatifs aux activités de programme, à la suite de problèmes permanents associés à la recherche et au recrutement de professionnels de la santé publique possédant les qualifications nécessaires.

Sommaire du rendement

L'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) à la naissance est un indice composé qui propose une estimation plus complète de la santé de la population que l'espérance de vie classique. Cet indice combine, en une seule statistique, des mesures de l'état de santé (morbidité) et de la mortalité en fonction de l'âge et du sexe. L'EVAS donne une estimation moyenne du nombre d'années pendant laquelle une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé, compte tenu du nombre d'années pendant laquelle elle vit en moins bonne santé en raison de maladies et/ou de blessures[1]. En règle générale, les années de vie en mauvaise santé sont pondérées en fonction de la gravité des maladies et des blessures, ce qui entraîne un rajustement de l'espérance de vie globale. D'une portée plus large que les données sur la mortalité, l'EVAS prétend mesurer non seulement la durée de la vie des personnes, mais aussi la qualité de leur santé tout au long de cette vie.

Par le biais de ses programmes de promotion de la santé et de prévention et de contrôle des maladies chroniques, l'ASPC contribue à rehausser l'EVAC au Canada. De tels programmes permettent au gouvernement fédéral d'exercer un leadership et d'octroyer un soutien en vue de promouvoir la santé, de réduire les disparités en matière de santé et de prévenir et d'atténuer les maladies chroniques au Canada, et ce, avec le concours de partenaires de la santé œuvrant à l'échelon fédéral, provincial et territorial.

Quelques faits à propos de l'Agence ...

EVAS à la naissance – sommet du palmarès des États membres de l'OCDE

(années)

1.	Japon	76
2.	Suisse	75
3.	Australie	74
3.	Islande	74
3.	Italie	74
3.	Espagne	74
3.	Suède	74
8.	**Canada**	**73**
8.	France	73
8.	Allemagne	73
8.	Irlande	73
8.	Luxembourg	73
8.	Pays-Bas	73
8.	Nouvelle-Zélande	73
8.	Norvège	73

Source : Organisation mondiale de la santé, Statistiques sanitaires mondiales 2010 (données de 2007).

[1] Organisation mondiale de la santé. *Health Life Expectancy (HALE) at Birth (Years)* (consulté le 20 mai 2010). Sur Internet : http://www.who.int/whosis/indicators/2007HALE0/en/.

Résultat stratégique : Des Canadiens en meilleure santé, une réduction des disparités en matière de santé et un renforcement des capacités en santé publique		
Indicateurs de rendement	**Cibles**	**Rendement en 2009-2010**
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) à la naissance	Le Canada compte parmi les nations présentant la meilleure espérance de vie en santé à la naissance	Selon Statistique Canada, en 2001, l'EVAS à la naissance s'établissait à 69,6 ans, soit 70,8 ans pour les femmes et 68,3 ans pour les hommes[2]. Pour sa part, à la lumière de son propre examen portant sur des données internationales comparables, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue à 73 ans l'EVAS globale au Canada en 2007[3]. Ce résultat confère au Canada la huitième place du palmarès des 31 États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), à égalité avec sept autres pays. Avec une EVAS de 72 ans, le Royaume-Uni (R.-U.) partage la seizième place avec d'autres pays. Pour leur part, les États-Unis occupent la vingtième place, avec une EVAS de 70 ans. En chiffres absolus, le Canada, le R.-U. et les États-Unis ont augmenté leur EVAS par rapport aux résultats observés en 2002[4]. Cependant, ces pays n'ont pas tous amélioré ou maintenu leur position au palmarès des États membres de l'OCDE. Ainsi, de 2002 à 2007, le R.-U. est passé de la dix-neuvième à la seizième place, le Canada a conservé sa huitième place, et les États-Unis ont glissé de la vingt-deuxième à la vingt-quatrième place.
Différence (en années) entre l'EVAS à la naissance observée pour les catégories de revenu correspondant au premier tiers et au dernier tiers de la population au Canada	Établir un point de référence au plus tard le 31 mars 2011	Au Canada, pour la catégorie de revenu la plus élevée, l'EVAS des hommes et des femmes s'établissait respectivement à 70,5 et 72,3 ans en 2001. Un examen comparatif des différentes catégories de revenu révèle qu'à la naissance, les femmes de la catégorie de revenu la plus élevée présentaient une meilleure EVAS que les femmes de la catégorie de revenu la moins élevée (écart de 3,2 ans). Le même phénomène s'observe chez les hommes, qui, sur le plan de l'EVAS, présentaient un écart de 4,7 ans entre la catégorie de revenu la plus élevée et la catégorie de revenu la moins élevée[5].

[2] Statistique Canada. CANSIM, tableau 102-0121 et produit nº 82-221-X au catalogue.

[3] Organisation mondiale de la santé. *Statistiques sanitaires mondiales 2010*, tableau 1. Sur Internet : http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf.

[4] Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2004*, tableau 4 de l'annexe. Sur Internet : http://www.who.int/whr/2004/annex/fr/index.html.

[5] Statistique Canada. « Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) selon le revenu (37b-HL) », *Indicateurs de la santé comparables, Canada, provinces et territoires*, nº 82-401-XIF au catalogue, Ottawa, Statistique Canada, 2001. Sur Internet : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-401-x/2002000/4064312-fra.htm#2.

(en millions de dollars)

Activité de programme	Dépenses réelles en 2008-2009	2009-2010				Harmonisation avec les résultats du gouvernement du Canada
		Budget principal	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles	
Promotion de la santé	200,8	194,5	194,5	184,5	180,9	Des Canadiens en santé
Prévention et contrôle des maladies chroniques	52,9	60,3	60,3	50,2	47,8	Des Canadiens en santé
Prévention et contrôle des maladies infectieuses	256,1	261,3	261,3	747,2	529,3	Des Canadiens en santé
Mesures et interventions d'urgence	30,9	26,8	32,3	67,8	39,2	Des collectivités sécuritaires et sécurisées
Renforcement des capacités en santé publique	42,1	31,1	31,1	37,8	35,5	Des Canadiens en santé
Services internes*	—	74,0	74,0	114,9	111,5	
Total	**582,9**	**648,0**	**653,5**	**1 202,5**	**944,2**	

* Depuis le lancement du cycle de préparation du Budget des dépenses principal de 2009-2010, les ressources affectées à l'activité de programme Services internes sont présentées séparément des ressources affectées aux autres activités de programme. Lors des précédents cycles de préparation du Budget des dépenses principal, ces ressources étaient réparties entre les autres activités de programme, mais ce ne sera désormais plus le cas. Ce changement a des répercussions sur la comparabilité, d'une année financière à l'autre, des renseignements sur la répartition des dépenses et des équivalents temps plein selon l'activité de programme.

Remarques : Le total ne comprend pas le coût des services reçus sans frais. L'arrondissement des chiffres peut donner lieu à certains écarts insignifiants.

L'éclosion de grippe A (H1N1), qui a débuté en avril 2009, justifie la plus grande part de l'augmentation de 549 millions de dollars qu'a connue le total des autorisations de l'Agence. L'écart observé entre les dépenses prévues et le total des autorisations s'explique également par l'octroi de crédits à la suite du report de sommes provenant du budget de fonctionnement de l'année financière 2008-2009, par les conventions collectives, par les coûts salariaux non contrôlables (soit les indemnités de départ, les prestations parentales et les congés accumulés payables à la suite du départ de la fonction publique) ainsi que par la modernisation des laboratoires fédéraux (mesure inscrite au Plan d'action économique du Canada).

Les crédits octroyés à l'ASPC au titre des vaccins et des autres coûts associés à la lutte contre le virus de la grippe A (H1N1) étaient fondés sur les meilleurs renseignements disponibles à l'été. Cependant, l'éclosion ayant été endiguée dès l'automne, les coûts réels ont été moins élevés que prévu. Les crédits autorisés à l'appui d'une nouvelle chaîne de remplissage de vaccins antigrippaux et à l'appui de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH ont été reportés aux années financières ultérieures, ce qui s'est traduit par une baisse des dépenses réelles pour 2009-2010.

Apport des priorités à l'atteinte du résultat stratégique

Priorités opérationnelles (type)	État	Liens avec le résultat stratégique
Surveillance accrue (nouvelle)	Satisfait dans une certaine mesure	L'ASPC a fait des progrès notables et constants en vue de mettre en œuvre les recommandations apparaissant dans le rapport du Bureau du vérificateur général du Canada sur la surveillance des maladies infectieuses (mai 2008). Jusqu'à présent, huit des douze recommandations ont été adoptées, en tout ou en grande partie. Des plans et des calendriers ont été fixés pour les quatre autres recommandations. En de plus de créer de nouvelles sources de données et de poursuivre ses analyses en vue de la mise au point d'un système national complet de surveillance des maladies chroniques, l'Agence a renforcé sa capacité de réaction interne ainsi que conçu et implanté une structure de gestion des incidents. L'Agence s'affaire à intégrer Panorama[6] aux systèmes de surveillance existants. En outre, elle a pleinement adopté la structure de gouvernance énoncée dans le Plan stratégique de surveillance 2007-2012 de l'ASPC. En matière de surveillance, les mécanismes et processus qui sous-tendent la gestion des enjeux et la mise au point des produits ont été élaborés, approuvés et mis en œuvre, conformément aux objectifs et priorités définis par l'Agence dans son cadre stratégique de surveillance 2007-2012. En mobilisant une partie des ressources de l'Agence, la pandémie de grippe A (H1N1) a retardé l'avancement des travaux visant à renforcer la surveillance de la santé des enfants aux fins de dépistage des anomalies congénitales et des anomalies et troubles du développement. La pandémie a également occasionné des retards sur le plan de la surveillance des maladies évitables par la vaccination et des blessures associées à certains produits.
Prévention et contrôle des maladies (permanente)	Presque entièrement satisfait	Parmi les nombreuses approches de prévention et de contrôle des maladies qu'utilise l'Agence, certaines misent sur la recherche et le séquençage des gènes alors que d'autres misent sur les campagnes de sensibilisation du public. Pour lutter contre les maladies infectieuses, l'Agence continue de mettre au point des biomarqueurs génétiques novateurs qui favorisent une détection précoce, une surveillance accrue des affections et un meilleur ciblage des mesures visant à identifier les groupes les plus vulnérables au sein de la population, de façon à améliorer la santé publique. En ce qui touche les infections transmises sexuellement et les agents infectieux à diffusion hématogène, l'Agence poursuit ses recherches et continue de diffuser des connaissances par le biais d'efforts concertés avec un groupe de travail. En outre, les scientifiques de l'Agence ont mis au point de nouvelles méthodes de dépistage du VIH pharmacorésistant qui permettent d'élargir l'accès au dépistage et de rendre ce dernier moins onéreux. En ce qui touche les maladies chroniques, l'Agence a adopté une approche qui se déploie sur plusieurs fronts afin de prévenir des affections graves comme le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires. L'Agence a mis au point et diffusé de nouveaux outils d'évaluation des risques ainsi qu'un outil d'aide à la décision pour le dépistage du cancer du sein. En outre, elle a lancé des initiatives pluriannuelles qui, par le biais de produits d'information, tentent de sensibiliser le public à l'importance de la prévention, du dépistage précoce et de l'autogestion des maladies pulmonaires.

[6] Un système de surveillance de la santé publique est en chantier. Cette initiative reçoit le soutien financier d'Inforoute Santé du Canada.

Priorités opérationnelles (type)	État	Liens avec le résultat stratégique
		Toutes les activités de l'Agence supposent l'édification de partenariats et la mobilisation des parties intéressées à tous les échelons, qu'il s'agisse d'intervenants municipaux ou de joueurs dans l'arène mondiale. Le Programme d'action communautaire sur le sida établit des partenariats et finance des initiatives au niveau des collectivités. En outre, l'Agence dirige les travaux d'instances internationales—comme le Groupe des maladies non transmissibles et santé mentale et l'International Cancer Screening Network—ou participe activement à de tels travaux.
Révision de l'approche fédérale en matière d'immunisation, dans le but de renforcer la Stratégie nationale d'immunisation (nouvelle)	Satisfait dans une certaine mesure	En 2009-2010, l'une des activités prévues de l'Agence consistait à se pencher sur la meilleure façon d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la Stratégie nationale d'immunisation. Tout au long de l'année financière, l'Agence a entrepris des analyses et des recherches stratégiques en vue de trouver des solutions viables, à la hauteur des défis qui se posent en matière d'immunisation. Ces défis portent notamment sur le taux de vaccination, l'approvisionnement en vaccins et l'innocuité des vaccins. D'autres enjeux sont plutôt de nature transversale; c'est le cas de la recherche, de l'évaluation, de la surveillance et de la gouvernance à l'appui des programmes. L'examen de la Stratégie nationale d'immunisation devrait prendre fin au cours de l'année financière 2010-2011.
Mesures d'urgence relatives à l'éclosion de maladies, y compris la grippe pandémique (permanente)	Presque entièrement satisfait	La promulgation de la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines* et l'entrée en vigueur immédiate de certaines de ses dispositions ont permis d'introduire une nouvelle réglementation portant sur les toxines et les agents pathogènes importés ou acquis au Canada. Cette réglementation renforce la capacité de l'ASPC de réduire les risques et d'agir librement pour contrer l'éclosion de maladies que risquerait de provoquer la manipulation inadéquate d'agents pathogènes humains dans des laboratoires. Une structure de responsabilité et de présentation de rapports a été créée, et un plan de projet quinquennal a été établi. Ce plan détaillé prévoit la mise au point d'un cadre de programme et d'un cadre réglementaire qui guideront la mise en œuvre intégrale de la loi, en consultation avec les intervenants, les provinces et les territoires. En plus d'appuyer les efforts que déploie l'Organisation mondiale de la santé pour instaurer, d'ici juin 2012, des normes internationales relatives aux situations d'urgence en santé publique, l'ASPC se prépare à assurer le respect intégral de telles normes. Ainsi, l'Agence a contribué aux progrès enregistrés sur le plan de la prévention et de l'atténuation des maladies et des blessures qui risquent de survenir lors de situations d'urgence en santé publique, au Canada et dans le monde. En outre, en matière de mesures d'urgence, l'Agence exerce des activités qui favorisent l'atteinte de son résultat stratégique, qu'il s'agisse : de services de mise en quarantaine aux points d'entrée et de sortie du Canada, lesquels contribuent au dépistage et au contrôle des risques pour la santé publique; d'interventions sanitaires d'urgence et de capacités d'appoint qui peuvent être mobilisées en tout temps, 24 heures sur 24; de mesures visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité de réserves de secours qui offrent des fournitures médicales modernes; ou encore de centres des opérations qui respectent le Règlement sanitaire international de 2005 et qui contribuent au déploiement coordonné, en temps opportun, d'interventions lors de situations d'urgence en santé publique. Avec l'aide de partenaires du secteur de la santé de tout le Canada, l'Agence s'est affairée à renforcer les partenariats conclus au pays et dans le monde, de façon à ce que le Canada puisse faire face à ses engagements conformément au Règlement sanitaire international de 2005. Elle a créé un réseau national de « champions » du Règlement sanitaire international, lequel tient lieu de méca-

Priorités opérationnelles (type)	État	Liens avec le résultat stratégique
		nisme de coordination et de surveillance des activités nationales de mise en œuvre et de formulation d'une stratégie nationale de déploiement.
Transformation des subventions et contributions (nouvelle)	Satisfait dans une certaine mesure	L'Agence a lancé des initiatives pour faire en sorte que les subventions et contributions soutiennent plus efficacement le changement transformationnel dans le domaine de la santé publique. Ainsi, elle a adopté des outils et des politiques de gestion des risques et de vérification des bénéficiaires qui assurent une meilleure prestation des subventions et des contributions, mis à jour les procédures d'exploitation uniformisées afin de respecter la Politique sur les paiements de transfert du Conseil du Trésor de 2008 ainsi qu'adopté les principes de transformation pour en faire un objectif des subventions et contributions octroyées. Déployée dans toute l'Agence, cette approche de modernisation de la prestation des subventions et contributions ouvre la voie à une meilleure harmonisation du mandat de l'ASPC et des priorités dans le domaine de la santé publique.

Analyse des risques

L'Agence de la santé publique du Canada est résolue à atteindre son résultat stratégique et à respecter ses priorités, en dépit de tendances et de défis nouveaux ou émergents qui risquent d'avoir des répercussions néfastes sur sa capacité de mener à bien son mandat. Les défis qui se dessinent sont façonnés par un environnement caractérisé par une démographie qui évolue à une vitesse sans précédent, par une économie mondiale en proie à des incertitudes, par un climat en voie de transformation, par des percées scientifiques et techniques, par des partenariats entre intervenants gouvernementaux ou non gouvernementaux ainsi que par un relèvement des attentes des Canadiens qui veulent que l'on s'attaque aux situations d'urgence et aux phénomènes de santé publique. Il en résulte un cadre d'exploitation dynamique dans lequel l'ASPC continue de progresser et d'investir afin de se doter des capacités requises pour réagir efficacement à des priorités immédiates, émergentes ou changeantes et pour produire des résultats qui profiteront aux Canadiens.

Changements démographiques

Dans le but d'atténuer les risques que comportent les changements démographiques au Canada, l'ASPC mise sur une approche fondée sur la spécialisation des programmes ciblant des populations distinctes. En règle générale, sans égard au besoin de chevauchement entre les populations cibles, les activités de l'Agence se répartissent en trois catégories, soit les programmes destinés aux enfants aux familles, les programmes à l'intention des personnes âgées et les programmes qui s'adressent aux collectivités rurales ou éloignées, y compris les populations autochtones. Ces activités insistent sur les soins de santé préventifs et sur l'enrichissement des connaissances en matière de modes de vie sains, de façon à atténuer les risques pour la santé que courent les enfants et les collectivités rurales ou éloignées. Par exemple, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'action communautaire pour les enfants ont financé des programmes qui interviennent auprès des enfants et des collectivités en vue de promouvoir la santé et le développement social, par le biais d'initiatives comme le projet Planification du transport scolaire. De même, tirant parti de crédits octroyés par l'ASPC, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN) a mis au point des ressources appropriées à la culture, dont des livres de recettes, des programmes de formation au rôle de parent ainsi qu'un outil national d'évaluation de la maturité scolaire fondé sur les aptitudes sociales et l'aptitude aux études. Cet outil a fait l'objet d'un essai-pilote concluant, mené auprès de participants du PAPACUN dans les Territoires du Nord-Ouest, et il sera déployé dans tout le pays en septembre 2010. Par ailleurs, afin d'aborder les risques pour la santé que courent les personnes âgées, de plus en plus nombreuses au Canada, l'Agence s'intéresse tout particulièrement à la prévention des chutes, à l'édification de villes-amies des aînés, à la sensibilisation au phénomène des mauvais traitements envers les aînés de même qu'à l'amélioration des connaissances relatives au profil de risque des conducteurs âgés.

Risques en matière d'agriculture et d'environnement

En vue d'atténuer les risques associés aux changements démographiques et aux populations vulnérables, l'Agence adopte une démarche holistique qui la pousse notamment à tenir compte, dans ses projets de recherche, des déterminants relatifs à l'agriculture et à l'environnement. Dans le cadre de ses travaux d'analyse des risques liés au génome humain, l'Agence a mis au point des méthodes qui facilitent la prévention des résultats néfastes sur la santé que peuvent avoir les maladies infectieuses ou

chroniques. L'Agence élabore des outils qui exploitent les biomarqueurs génétiques en vue d'assurer une détection précoce, une surveillance accrue et des interventions fondées sur des activités communautaires de prévention des risques. La démarche de prévention des risques retenue par l'Agence prévoit notamment d'offrir une perspective de santé publique pour éclairer les travaux de l'Équipe d'action 6 des Nations Unies, qui s'intéresse aux applications de la technologie spatiale aux fins d'alerte rapide en cas d'éclosion de maladies infectieuses.

Dans le cadre de ses travaux de recherche portant sur l'amélioration des systèmes de surveillance et des outils de décision axés précisément sur les maladies liées au climat—y compris le Système national de surveillance du virus du Nil occidental—l'Agence continue de se pencher sur les effets du changement climatique de même que sur les répercussions de ce phénomène sur la santé publique.

Prévalence des maladies chroniques

L'Agence s'affaire à développer les connaissances et à échanger les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques. Les scientifiques de l'ASPC ont été à l'avant-garde des travaux d'un groupe d'experts qui a établi l'existence d'un lien essentiel entre la fumée primaire et secondaire et le cancer du sein chez la femme. Parmi les réalisations dignes de mention figure la publication, par l'Agence, du tout premier rapport pancanadien sur les maladies du cœur à avoir été produit depuis 2004. Les données tirées des activités de surveillance révèlent que, peu importe le groupe d'âge, les Canadiens sont très nombreux (plus de la moitié de la population) à avoir une consommation de sodium dépassant l'apport admissible recommandé[7]. L'Agence travaille à la mise au point d'outils de dépistage, à l'appui de l'évaluation des risques liés au cancer et au diabète. En outre, elle s'affaire à enrichir le savoir à propos des répercussions qu'a le phénomène de généralisation de l'obésité, sur le plan de la santé publique.

Recours à la science et à la technologie

Les innovations scientifiques et technologiques accroissent la disponibilité des renseignements sur la santé publique et des solutions de santé provenant d'une multitude de sources. Ainsi, elles aident à atténuer le risque de poser des choix mal éclairés en ce qui touche les politiques et les approches de soins préventifs visant à faire obstacle aux maladies infectieuses. Le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP) de l'Agence a été l'un des premiers réseaux de surveillance à déceler l'éclosion de grippe A (H1N1) et à diffuser des détails à son sujet. À l'ASPC et à ses partenaires internationaux, le RMISP a fourni des renseignements exacts et opportuns qui ont contribué à atténuer les effets de la pandémie. À titre de centre national de lutte contre la grippe, désigné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et chargé de l'épidémiologie et du contrôle de l'influenza au Canada, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) de l'Agence a été à l'avant-plan de cet effort de recherche. Le LNM a été l'un des premiers laboratoires à mener à bien le séquençage du génome de souches de virus prélevées au Canada et au Mexique. Avec le concours de laboratoires fédéraux, provinciaux et territoriaux, le LNM a réalisé des études portant sur l'efficacité des vaccins. De plus, il a eu recours aux méthodes de génotypage, de cartographie génomique et de bio-informatique pour caractériser le virus H1N1 et déterminer son évolution.

Maladies infectieuses et planification en vue d'une pandémie

L'Agence s'efforce de réduire les risques de maladie grave ou de décès liés à la grippe pandémique. Dans le cadre de l'intervention fédérale-provinciale-territoriale visant à lutter contre l'éclosion de grippe A (H1N1), une plateforme a été créée en vue d'assurer la surveillance et le suivi en temps réel de la pneumonie associée à la grippe pandémique. Par ailleurs, afin de réduire les risques de maladie grave ou de décès auxquels s'exposent les personnes qui contractent une maladie infectieuse de longue durée, l'Agence travaille au développement des connaissances et des mesures de prévention relatives au VIH, par le biais de programmes améliorés de surveillance du VIH et des comportements à risque.

Préoccupations relatives à la protection de la vie privée

L'Agence a mis au point un cadre de gestion de la protection de la vie privée qui vise à atténuer le risque que les percées scientifiques et technologiques et les activités de surveillance en viennent à violer le droit au respect de la vie privée des Canadiens. La pleine mise en œuvre de ce cadre passe par l'élaboration d'un outil Web servant à l'évaluation des répercussions des activités de surveillance sur la vie privée des particuliers ainsi que par l'intégration de la politique de collecte, d'utilisation et de diffusion des données sur la santé publique.

Partenariats

Les questions de santé publique sont de nature horizontale et transversale, ce qui risque de se traduire par des carences sur le plan des politiques et des programmes ou par des chevauchements résultant d'une piètre communication et d'échanges insuffisants entre les intervenants. En vue d'atténuer ce risque permanent, l'Agence siège à des forums auxquels participent de

[7] Un apport quotidien de 1 500 mg est jugé adéquat pour le maintien d'une bonne santé chez l'adulte. L'apport admissible maximal est fixé à 2 300 mg par jour. Source : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/food-aliment/sodium-fra.php.

multiples intervenants, au Canada et à l'étranger. Dans certains cas, l'Agence assure la direction de telles instances. Au Canada, le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la santé (COUPS) gère les initiatives conjointes lancées par Santé Canada et par l'Agence en vue d'aborder les grands phénomènes de santé publique. Doté d'une capacité d'intervention en tout temps, 24 heures sur 24, le COUPS produit et diffuse des produits de communication et de fonctionnement, quotidiennement et durant ses périodes d'activité, afin que les intervenants aient connaissance des situations. Sur le plan opérationnel, l'Agence a engagé un dialogue avec les organismes de réglementation au sujet de l'octroi de permis d'exercer aux professionnels de la santé provenant de différentes administrations, en vue d'atténuer le risque de pénurie de compétences en santé publique en situation de crise.

Les ententes conclues à l'échelon opérationnel servent de complément à la création, par l'Agence, d'un registre central des ententes d'intervention d'urgence, selon les recommandations du rapport sur les leçons à retenir de l'éclosion de listériose de 2008. Le registre fournit aux employés de l'Agence des renseignements accessibles et à jour afin de joindre les partenaires qui participent aux interventions d'urgence. Cet exemple illustre comment l'Agence tire parti du rapport sur les leçons à retenir et des renseignements provenant d'autres sources en vue de renforcer sa capacité de réagir à de futures situations d'urgence en santé publique. Le rapport d'étape intitulé Gouvernement du Canada – Progrès accomplis en matière de salubrité des aliments témoigne également des dernières réalisations en matière de communication et de relations avec les intervenants. On y trouve des détails sur les progrès accomplis par Santé Canada, par l'ASPC et par l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) en ce qui touche la réduction des risques relatifs à la salubrité des aliments, le resserrement de la surveillance, la détection précoce ainsi que l'amélioration des interventions d'urgence. En autres mesures, le rapport évoque : la mise au point d'une stratégie de communication des risques qui prévoit des webémissions audiovisuelles et le recours aux médias de réseaux sociaux; l'établissement conjoint du Protocole d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire; et la création d'une structure de commandement en cas d'incident, apte à améliorer la coordination et les capacités.

Médias sociaux

En participant activement aux forums qu'offrent les nouveaux médias, l'ASPC a atténué les risques de communication inadéquate avec le grand public. Misant sur la technologie des communications et sur une foule de médias, l'ASPC a fourni des renseignements exacts et opportuns aux Canadiens tout en appuyant et en éclairant la prise de décision. Par exemple, le site Web de l'Agence a été doté de fonctions d'optimisation de la recherche qui facilitent la diffusion de données en temps réel et de bilans automatisés portant sur la grippe A (H1N1). En 2009, le site a vu le nombre de visiteurs uniques augmenter de 70 % par rapport à 2008. Des 15,3 millions de visiteurs uniques enregistrés au cours de l'année, 7,0 millions se sont intéressés aux renseignements relatifs à la grippe A (H1N1). Par le biais de sa page Facebook et de ses échanges sur Twitter, l'ASPC a connu une croissance encore plus marquée de sa visibilité. Le nombre de « fans » de l'ASPC sur Facebook est passé de 125, le 1er avril 2009, à 2 323 le 31 mars 2010, ces personnes étant le plus souvent des femmes âgées de 25 à 44 ans. Par ailleurs, le 31 mars 2010, l'Agence comptait 2 186 abonnés sur Twitter. Lors de l'épisode de grippe A (H1N1), la présence de l'ASPC sur Facebook s'est traduite par 50 000 renvois vers le site Web, ce qui témoigne du large rayonnement de cette collectivité.

Économie et sécurité mondiales

Ces derniers mois, les marchés financiers mondiaux ont connu une instabilité économique qui a été source de possibilités et de menaces pour la santé publique canadienne. Conjugués aux inégalités économiques observées dans d'autres pays, les bas prix des voyages ont créé des conditions propices à une poussée de l'immigration et à une multiplication des déplacements en provenance ou à destination du Canada. Ces conditions ont raffermi et validé la décision de l'ASPC d'instaurer un service de mise en quarantaine, tous les jours 24 heures sur 24, dans le but de contribuer à la protection des Canadiens contre les voyageurs malades provenant de l'étranger.

Dans le but d'atténuer—et à la limite éliminer—les risques d'infraction à la sécurité, analogues à l'incident survenu en 2009 au Laboratoire national de microbiologie, l'Agence a mis à jour ses méthodes sélectives de sécurité, de façon à satisfaire aux exigences de la *Politique sur la sécurité du gouvernement*, publiée le 1er juillet 2009 par le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT). Les délais associés aux autorisations de sécurité ont été passablement réduits. Cependant, certains aspects mériteraient d'être examinés ou gagneraient à être améliorés en vue d'assurer le respect intégral de la Politique sur la sécurité et des normes connexes fixées par le SCT.

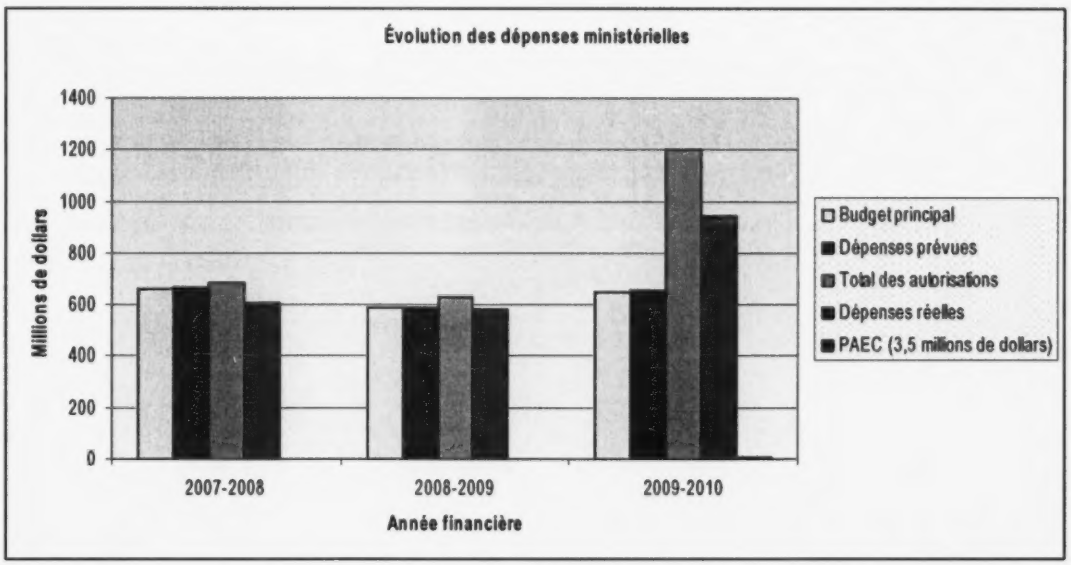
Dans la foulée de la décision du gouvernement fédéral de procéder à l'achat massif de vaccins et d'antiviraux afin de mieux préparer d'éventuelles interventions en cas d'éclosion de grippe aviaire ou de grippe pandémique, l'Agence s'est dotée de locaux supplémentaires où stocker les biens précieux et sensibles que renferme la Réserve nationale de secours (RNS). Pour faire en sorte que ces biens soient plus facilement accessibles aux Canadiens en temps utile, les entrepôts et centres de distribution de la RNS ont été sécurisés, conformément à la Norme opérationnelle sur la sécurité matérielle du SCT, aux lignes

directrices de la Gendarmerie royale du Canada et à des mesures supplémentaires, établies à la lumière d'évaluations des menaces et des risques et à la suite de travaux portant sur la conception de la sécurité des lieux.

Profil des dépenses

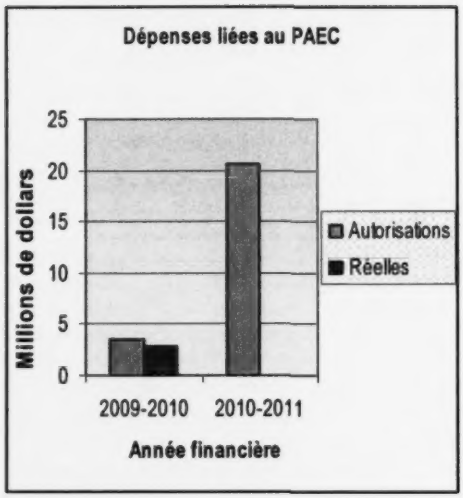
Les dépenses de l'Agence ont été légèrement plus élevées en 2007-2008 qu'en 2008-2009, une hausse qui s'explique par l'achat d'antiviraux et d'équipement de protection individuel en vue de garnir les réserves dans le cadre de l'Initiative relative à l'état de préparation en cas de grippe aviaire et pandémique. En 2008-2009, des crédits destinés aux droits de préparation de vaccins et à la stratégie antivirale nationale ont été reportés aux années financières ultérieures, de façon à assurer l'harmonisation des crédits avec les dépenses prévues.

En 2009-2010, le Canada a connu une éclosion de grippe A (H1N1), au printemps et à l'automne, qui explique la plus grande part des dépenses additionnelles de 361,3 millions de dollars engagées au cours de l'année financière. Ces dernières ont servi à l'achat de vaccins et au déploiement d'interventions pour lutter contre la pandémie. Par ailleurs, l'Agence a dépensé 49,7 millions de dollars aux fins du programme de services de santé offerts pour lutter contre l'hépatite C, lequel octroie une indemnité aux provinces et aux territoires, au titre des soins dispensés aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C par le truchement du système d'approvisionnement en sang. De même, l'Agence a reçu des crédits en vue : d'appuyer l'installation d'une chaîne de remplissage de vaccins au Canada; d'établir un régime de santé et de sécurité vigoureux, capable de protéger la santé du public et de contrer les risques associés aux agents pathogènes humains et aux toxines; et de donner suite aux recommandations apparaissant dans le *Rapport de l'enquêteure indépendante sur l'éclosion de listériose de 2008*.



Plan d'action économique du Canada

Un projet d'agrandissement du Centre scientifique canadien de santé humaine et animale (CSCSHA) a été approuvé, en avril 2009, dans le cadre du Plan d'action économique du Canada (PAEC). Le CSCSHA sert à la fois le Laboratoire national de microbiologie de l'ASPC et le Centre national des maladies animales exotiques de l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Le projet d'agrandissement se justifie par l'exiguïté des locaux du CSCSHA et s'inscrit dans les priorités énoncées dans le Budget de 2009, plus particulièrement la modernisation des laboratoires fédéraux. Les rénovations faites au CSCSHA créeront des espaces supplémentaires qui faciliteront la gestion des déchets, la réception des échantillons, la préparation des milieux de culture, les approvisionnements, la réception et l'expédition des marchandises ainsi que les activités relatives à la protection et à la sécurité des biens immeubles au sein de l'établissement. En 2009-2010, le projet a reçu des autorisations de 3,5 millions de dollars et a engagé des dépenses réelles de 2,9 millions de dollars. Les dépenses relatives au PAEC font l'objet d'une description détaillée à la section 2.2.



Postes votés et législatifs (en millions de dollars)

Poste législatif (L) ou numéro du poste voté	Libellé tronqué du poste voté ou législatif	Dépenses réelles en 2007-2008	Dépenses réelles en 2008-2009	Budget principal en 2009-2010	Dépenses réelles en 2009-2010
40*	Dépenses de fonctionnement	393,3	371,3	352,7	652,8
45*	Dépenses en capital	—	—	9,6	14,3
50*	Subventions et contributions	188,7	184,2	255,4	242,9
(L)	Contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés	24,9	27,3	30,3	34,2
Total		**606,9**	**582,9**	**648,0**	**944,2**

* Pour l'année financière 2009-2010, l'Agence a eu recours à un nouveau poste voté pour ses dépenses en capital. En 2007-2808, les postes votés 40 et 50 portaient respectivement les numéros 35 et 40. En 2008-2009, ils portaient plutôt les numéros 40 et 45.

Les dépenses réelles de fonctionnement ont été plus élevées en 2009-2010 qu'en 2008-2009. Cet écart s'explique surtout par les dépenses liées à la grippe A (H1N1) et par les sommes investies pour lutter contre les agents pathogènes humains et la listériose.

En 2009-2010, les dépenses réelles liées aux subventions et contributions ont été de 58,7 millions de dollars supérieures à celles observées en 2008-2009. Cet écart s'explique surtout par le versement de 49,7 millions de dollars aux provinces et aux territoires au titre du programme de services de santé offerts pour lutter contre l'hépatite C, lequel prévoit des versements tous les cinq ans, jusqu'en 2014-2015. Par ailleurs, l'amélioration des processus s'est traduite par le versement, aux bénéficiaires, de montants plus élevés en 2009-2010 qu'en 2008-2009.

Section II – Analyse des activités de programme par résultat stratégique

2.1 Résultat stratégique

Le résultat stratégique de l'Agence s'énonce comme suit : des Canadiens en meilleure santé, une réduction des disparités en matière de santé et un renforcement des capacités en santé publique. La présente section décrit les six activités de programme par la voie desquelles l'Agence travaille à l'atteinte de ce résultat stratégique. On y énonce les résultats prévus ainsi que les cibles et les indicateurs de rendement établis pour chaque activité. En plus d'expliquer comment l'Agence a procédé pour atteindre les résultats prévus, le texte décrit les ressources humaines et financières réservées pour chaque activité de programme.

2.1.1 Activité de programme – Promotion de la santé

Ressources financières (en millions de dollars) en 2009-2010		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
194,5	184,5*	180,9**

Ressources humaines (équivalents temps plein) en 2009-2010		
Prévues	Réelles	Différence
567,0	539,3	27,7***

* Le total des autorisations a été inférieur aux dépenses prévues. Cet écart s'explique surtout par le transfert de crédits vers d'autres activités de programme auxquelles se rattachent les dépenses engagées. Le budget d'ensemble de l'Agence n'a pas varié en raison de ces transferts.

** Les dépenses réelles ont été de 3,6 millions de dollars inférieures au total des autorisations. Cet écart s'explique surtout par des retards touchant la dotation, par des réaffectations internes visant à réagir à des pressions ministérielles—dont celles liées à la grippe A (H1N1)—ainsi que par des retards touchant le processus d'invitation à soumissionner à l'appui des programmes de paiements de transfert.

*** Les retards touchant la dotation se sont traduits par une utilisation réelle d'équivalents temps plein inférieure à l'utilisation prévue. Cette situation s'explique par l'accent mis par l'Agence sur la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1) ainsi que par les problèmes associés à la recherche et au recrutement de professionnels de la santé publique possédant les qualifications nécessaires.

Résultats prévus pour l'activité de programme :

- Tout en y étant davantage sensibilisés, les Canadiens ont une meilleure connaissance de la santé et du bien-être, des facteurs qui influencent ces éléments et du rôle qu'ils peuvent jouer au regard du maintien et de l'amélioration de leur propre santé et de celle de leur famille ou collectivité.
- Le pays possède une connaissance approfondie des conditions qui creusent les disparités en matière de santé entre les Canadiens et dispose de l'infrastructure nécessaire (politiques, pratiques et autres éléments) pour réduire ces disparités.

Indicateurs de rendement	Cibles	État du rendement	Sommaire du rendement
Connaissances, pratiques et documents de politique qui sont produits et diffusés en vue d'améliorer la santé et le bien-être des groupes vulnérables—notamment les personnes âgées, les enfants et les Autochtones—et/ou en vue de soutenir et d'éclairer les politiques judicieuses et les saines pratiques en matière de santé publique	Établir un point de référence d'ici le 31 mars 2010	Entièrement satisfait Point de référence fixé à 204	L'ASPC a diffusé 204 connaissances, pratiques et documents de politique auprès de particuliers, de professionnels de la santé, de responsables des politiques, de chercheurs, d'éducateurs et de familles qui contribuent directement et indirectement à l'établissement de milieux favorables et de politiques propices à la bonne santé, de façon à aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur santé. Ces documents abordent de nombreux sujets : enfants et jeunes; prévention de la violence familiale; personnes âgées; activité physique et promotion d'un poids santé; promotion de la santé mentale et connaissances à cet égard; inégalités en matière de santé; déterminants sociaux de la santé.
Collaborations externes entre les secteurs et les administrations afin d'agir sur la santé, la santé publique ou les déterminants communs de la santé et/ou du bien-être social	Établir un point de référence d'ici le 31 mars 2011	Satisfait dans une certaine mesure	À l'échelon national, intersectoriel, gouvernemental ou international, l'ASPC a pris part à 108 initiatives de collaboration internationale qui visaient à améliorer la santé publique, à enrichir le savoir et les connaissances et à mettre au point des approches cohérentes et coordonnées pour promouvoir l'égalité en matière de santé, s'attaquer aux déterminants connexes de la santé et/ou favoriser le bien-être social. Les initiatives de collaboration intergouvernementale ou intersectorielle se sont penchées sur d'autres questions de santé publique, dont la prévention de la violence familiale, la promotion de la santé mentale et l'enrichissement du savoir lié aux aînés, notamment en ce qui touche l'édification de villes-amies des aînés, la participation à l'Initiative de lutte contre les mauvais traitements envers les aînés, la prévention des chutes, la problématique des conducteurs âgés ainsi que les mesures d'urgence concernant les aînés. Les travaux se poursuivront en vue d'établir un point de référence approprié.
Participation des Canadiens à des programmes, activités et initiatives de promotion de la santé	Établir un point de référence d'ici le 31 mars 2011	Satisfait dans une certaine mesure	L'ASPC a assuré la promotion directe et indirecte de la santé et des modes de vie sains, ce qui lui a permis de joindre plus de 660 000 Canadiens[8]. Selon les estimations, tous les mois en moyenne, 37 000 parents, fournisseurs de soins et enfants de 6 ans et moins vivant des situations de risque ont tiré parti du Programme d'action communautaire pour les enfants. Par ailleurs, on évalue à 18 000 le nombre de femmes enceintes et de femmes ayant tout juste terminé leur grossesse qui ont participé au Programme canadien de nutrition prénatale[9]. De son côté, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques a aidé 4 500 enfants de 6 ans et moins répartis dans 126 collectivités. Enfin, 647 professionnels de la santé et professionnels apparentés ont collaboré aux initiatives axées sur l'ensemble des troubles

[8] Ce nombre est fidèle à celui observé au cours des années précédentes. Le nombre de participants du Fonds pour la promotion des modes de vie sains a augmenté, passant de 104 300 au cours des six premiers mois de 2007-2008 à 137 084 en 2009-2010.
[9] Ce nombre ne tient pas compte de 123 projets réalisés au Québec qui n'ont pas fait remplir de questionnaire d'enquête aux participantes.

			causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), notamment pour l'élaboration de projets et la prestation d'ateliers de formation. Les travaux se poursuivront en vue d'établir un point de référence approprié.

Avantages pour les Canadiens

Par le biais de ses politiques, de ses programmes et de ses activités, l'Agence a contribué à l'enrichissement du savoir et réuni les données probantes nécessaires pour appuyer les stratégies de promotion de la santé, de façon à influencer les politiques et mesures qui visent à réduire les inégalités en matière de santé et à améliorer la santé générale des Canadiens.

Plus précisément, en appuyant la promotion de différents thèmes—dont l'activité physique et la saine alimentation, la santé mentale positive, la sécurité et la prévention des blessures, la santé et le bien-être des enfants au Canada et à l'étranger ainsi que le vieillissement en santé et les initiatives amies des aînés à l'échelle de tout le pays —, les connaissances, les outils et les ressources de l'ASPC aident les Canadiens à vivre en meilleure santé.

Analyse du rendement

L'ASPC continue de fournir des données probantes qui soutiennent les politiques et les décisions relatives aux programmes ciblant la santé et le bien-être des enfants, au Canada et ailleurs dans le monde. À cette fin, l'Agence offre des ressources et des outils généraux qui peuvent servir à l'examen des nouvelles politiques et des nouveaux programmes selon une perspective axée sur la santé et les droits des enfants. L'Agence agit comme partenaire national de www.AboutKidsHealth, un site Web créé et exploité par l'Hospital for Sick Children de Toronto, lequel diffuse une information complète, accessible et documentée à propos de la santé des enfants, à l'intention des professionnels de la santé, des parents et des enfants. En octroyant une aide à AboutKidsHealth, l'ASPC soutient les efforts que déploie cette initiative pour établir des partenariats dans tout le Canada et offrir de meilleurs services aux populations rurales, nordiques et autochtones. En outre, l'Agence facilite le partage du savoir et l'application des connaissances, par le truchement d'initiatives comme le fonds stratégique national du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN). Ce dernier a octroyé des crédits pour soutenir des produits culturels et de produits de nutrition et pour appuyer une conférence sur l'éducation des jeunes enfants inuits. *Our Food, Our Stories – Celebrating Our Gifts from the Creator*[10] est un ouvrage qui propose : des recettes nutritives et des illustrations reflétant la culture et l'identité de chaque nation; des contenus holistiques en vue d'un programme traditionnel autochtone de renforcement des compétences parentales; et une formation portant sur un outil national d'évaluation de la maturité scolaire. Utilisé pour mesurer la maturité scolaire des participants inscrits au PAPACUN dans les Territoires du Nord-Ouest, cet outil a démontré que les enfants parvenaient à améliorer leur instruction et à développer de meilleures aptitudes sociales. L'outil a également révélé que les jeunes diplômés préservaient les acquis du PAPACUN sans perdre le terrain conquis dans le cadre du programme. L'outil d'évaluation de la maturité scolaire sera déployé dans tout le Canada en septembre 2010.

Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) ont octroyé un financement aux coalitions et groupes communautaires pour qu'ils élaborent et dispensent des programmes complets de prévention et d'intervention précoce, appropriés à la culture, de manière à promouvoir la santé et le développement social des femmes enceintes, des jeunes enfants, des enfants âgés de 0 à 6 ans et des familles vivant des situations de risque. Le Fonds des projets nationaux du PCNP et du PACE a financé cinq projets portant respectivement sur : la mise au point d'une formation et de ressources pour promouvoir la santé mentale des mères et faire échec à la dépression maternelle; l'enrichissement du savoir à propos des effets, sur la santé prénatale et la santé des enfants, de

Quelques faits à propos de l'Agence ...
Les évaluations du PACE et du PCNP révèlent que ces deux programmes ont su efficacement promouvoir la santé des femmes enceintes, des jeunes enfants vulnérables et de leur famille. Les participants ont fait état de résultats encourageants : meilleure utilisation de suppléments vitaminiques et minéraux; renoncement à l'alcool; pratique plus répandue de l'allaitement naturel et prolongation de la durée de ce dernier; diminution du risque de faible poids à la naissance et de naissance prématurée. Les programmes ont aussi contribué à l'amélioration des résultats observés sur le plan du développement des enfants, du renforcement des capacités des collectivités et de l'amélioration des compétences parentales des adultes. Par ailleurs, les évaluations concluent que le PACE conserve sa pertinence dans le contexte canadien, qu'il parvient à joindre les populations vulnérables (femmes enceintes, enfants et familles qui vivent des situations de risque) et qu'il contribue au développement social et à l'amélioration de la santé de ces groupes. Les projets communautaires régionaux (PACE, PCNP et PAPACUN) ont été prolongés jusqu'au 31 mars 2012.

[10] Aboriginal Head Start Association of British Columbia (AHSABC). *Our Food, Our Stories – Celebrating Our Gifts from the Creator*, 2009. On peut se procurer un exemplaire de cet ouvrage en communiquant avec l'AHSABC (250-858-4543 ou www.ahsabc.com).

l'exposition aux produits chimiques toxiques et aux autres dangers liés à l'environnement physique; la lutte contre l'obésité des enfants; la prévention des blessures chez les enfants; et l'aide aux mères pour les inciter à renoncer au tabac ou à réduire leur consommation de produits du tabac.

Lors de la pandémie de grippe A (H1N1), l'une des grandes priorités de l'Agence a été de déterminer et de communiquer les risques associés à la maladie pour les femmes enceintes et les jeunes enfants. Ceci a eu pour effet de ralentir les progrès touchant la mise en œuvre des extrants de l'initiative de 2008 sur la santé et l'environnement et du plan d'action pour assurer la sécurité des produits de consommation (amélioration de la surveillance nationale de la santé des enfants en vue de dépister les anomalies congénitales, les anomalies et troubles du développement ainsi que les blessures associées à certains produits). En dépit de ces retards, l'expérience et le savoir accumulés lors de l'épisode de grippe A (H1N1) enrichiront de façon notable les futurs efforts de surveillance de la santé maternelle et de la santé des enfants.

L'Agence a contribué à la constitution d'un corpus de données probantes relatives aux pratiques prometteuses qui mobilisent les collectivités en vue de lutter contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), notamment là où les ressources se font rares. L'Agence s'est jointe au Canadian Northwest FASD Partnership, une alliance de partenaires qui s'affairent à mettre au point et à promouvoir une démarche interprovinciale et interterritoriale à l'appui de la prévention, des interventions, des soins et du soutien ciblant les personnes touchées par l'ETCAF. Soucieuse de soutenir la constitution d'un corpus canadien de données probantes, l'ASPC a fait équipe avec les membres du réseau de recherche du Canadian Northwest FASD Partnership, dans le but de concevoir et d'échanger des outils portant sur la pratique clinique et la prévention de l'ETCAF ainsi que des interventions permettant d'aider les personnes qui vivent avec l'ETCAF.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
L'environnement bâti (qui comprend notamment les immeubles, les parcs, les écoles, les réseaux routiers et d'autres infrastructures) est un important déterminant en vue de la promotion de l'activité physique et de la prévention de l'obésité. Avec le concours du Groupe des modes de vie sains (une instance intersectorielle), l'ASPC a publié un rapport intitulé Amener la santé à la table de planification : Un profil des pratiques prometteuses du Canada et de l'étranger. Par cette initiative, l'Agence encourage le recours aux aspects de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme qui favorisent la santé.

Avec le concours des provinces, des territoires et d'autres intervenants, l'ASPC a collaboré aux efforts déployés pour promouvoir les modes de vie sains auprès des Canadiens et pour faire échec au phénomène d'obésité qui frappe de plus en plus les enfants. Aidée de ses partenaires du portefeuille de la santé, l'ASPC a examiné les données probantes et les solutions retenues à l'étranger en vue de cerner des axes prioritaires d'intervention visant à contrer l'excédent de poids et l'obésité au Canada.

Le Fonds pour la promotion des modes de vie sains a procédé à des investissements stratégiques afin de s'attaquer aux conditions propices à la mauvaise alimentation, à l'inactivité physique et à l'excédent de poids. Ces sommes ont permis d'appuyer des projets voués à la réduction des disparités en matière de santé, par le biais d'interventions ciblant les populations vulnérables et visant les milieux d'action connexes. De nombreux projets financés par le Fonds pour la promotion des modes de vie sains ont adopté des solutions innovatrices pour abaisser les obstacles à l'activité physique chez les enfants et les jeunes. C'est notamment le cas de Canada actif, un projet national de mobilisation des collectivités qui réunit des partenaires communautaires afin de permettre à des étudiants de 5e année d'avoir un accès gratuit à des installations de loisirs. Par ailleurs, le Fonds pour la promotion des modes de vie sains a appuyé la création de milieux qui aident les Canadiens à poser des choix judicieux pour la santé, par la voie de projets comme Planification du transport scolaire, une initiative novatrice de Green Communities Canada qui, par sa conception, favorise les déplacements actifs ayant l'école comme point de départ ou d'arrivée.

L'Agence a exercé diverses activités en vue d'appuyer la prise de mesures globales et coordonnées en faveur de l'égalité sur le plan de la recherche, des politiques et des interventions dans le domaine de la santé publique, notamment par le biais d'analyses fondées sur le sexe et sur l'égalité hommes-femmes. Parmi ces activités, notons : la mise au point d'un cadre pour guider les interventions de l'Agence de la santé publique du Canada en vue de réduire les inégalités en matière de santé; la conception d'outils axés sur l'égalité en vue de l'examen des répercussions sur la santé; de même que le renouvellement du Groupe de référence canadien sur les déterminants sociaux de la santé.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
Une évaluation du Programme des modes de vie sains (PMVS)—lequel englobe le Fonds pour la promotion des modes de vie sains—conclut que le PVMS est pertinent, nécessaire et dans l'ensemble bien conçu. L'évaluation observe que le programme a su joindre les populations vulnérables, qu'il a contribué à faire évoluer les connaissances et les comportements de ces dernières au regard de l'activité physique et de la saine alimentation et qu'il a aidé à contrer les facteurs faisant particulièrement obstacle à l'activité physique et à la saine alimentation au sein de la collectivité.

Dans le cadre du premier cycle de la Stratégie d'innovation, l'Agence a financé des interventions multisectorielles novatrices qui s'attaquent aux inégalités en matière de santé mentale et aux déterminants connexes. Un deuxième cycle est en chantier, lequel abordera la question des inégalités en matière de santé en

favorisant la promotion du maintien d'un poids santé. L'un des objectifs-clés de la Stratégie d'innovation consiste à enrichir les preuves d'efficacité fondées sur la pratique et à diffuser ces renseignements auprès des praticiens en santé publique de tout le Canada.

En plus de soutenir les fonctions de secrétariat du Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population, l'ASPC a exercé la coprésidence permanente de cette instance fédérale-provinciale-territoriale qui relève du Réseau pancanadien de santé publique. L'Agence a collaboré étroitement à la publication du rapport *Indicateurs des disparités sur le plan de la santé : Un rapport du Groupe d'experts de la promotion de la santé de la population et du Groupe des modes de vie sains pour le Réseau pancanadien de santé publique*. Ce document propose des indicateurs pouvant servir à mesurer l'ampleur des inégalités en matière de santé au Canada et à suivre la progression des inégalités au fil du temps. Il constituera ainsi la pierre d'assise d'un premier rapport pancanadien sur les inégalités en matière de santé.

En ce qui concerne les personnes âgées, l'ASPC s'est appliquée à promouvoir activement la mise en œuvre, dans tout le Canada, du modèle des villes-amies des aînés. Le projet des villes-amies des aînés vise à faire participer les Canadiens âgés et les autres membres de la communauté afin de faire de leur collectivité un meilleur endroit et un lieu plus sain et plus sûr pour les aînés qui y vivent et qui s'y épanouissent. Depuis qu'elles ont souscrit au modèle, une centaine de collectivités plus ou moins populeuses, réparties dans le tout le pays, ont lancé des initiatives en vue de devenir des villes-amies des aînés.

L'ASPC et l'Injury Research and Prevention Unit de l'University of British Columbia ont soutenu la réalisation d'un projet de cours canadien offrant une formation accréditée sur la prévention des chutes. Inédit au Canada, ce cours a permis d'initier des professionnels de la santé et des chefs de file communautaires aux méthodes de conception, de mise en œuvre et d'évaluation de programmes de prévention des chutes destinés aux personnes âgées vulnérables. Le cours a reçu un bel accueil dans tout le pays, et des ententes d'accréditation ont été conclues avec presque toutes les provinces. Environ 1 400 personnes ont reçu la formation, par le biais de quelque 70 ateliers organisés dans tout le pays. Aux fins de cyberapprentissage, une version électronique a également été produite. Cette version, qui a connu un franc succès, s'est mérité un prix en 2009 : la médaille de bronze octroyée par Brandon Hall Research dans la catégorie du meilleur contenu sur mesure.

Leçons retenues

Il y aurait lieu de procéder à des analyses économiques poussées en vue d'éclairer et d'influencer les politiques en matière de santé publique. À en croire une étude récente, l'adoption, en amont, de certaines mesures préventives axées sur les déterminants sociaux de la santé permet de réaliser des économies à l'échelle du système de santé. Par ailleurs, la même étude illustre la rentabilité de nombreuses initiatives de prévention[11]. À la lumière de telles observations, l'Agence prévoit, au cours de la prochaine année financière, formuler un cadre et des lignes directrices en vue de procéder à un examen de la rentabilité des interventions déployées en amont.

Pour certains aspects des programmes de promotion de la santé, l'Agence gagnerait à améliorer ses processus pour appuyer la surveillance, la gestion de projet et la préparation de rapports. Il s'agit notamment d'activités touchant : l'établissement des priorités relatives aux programmes et au financement; le renouvellement et l'amendement des projets continus; la surveillance et la supervision des projets afin de minimiser les risques financiers et non financiers courus par l'Agence; ainsi que la mesure et la déclaration des résultats qu'obtiennent les projets et les programmes appuyés par l'ASPC[12]. On trouve, dans la réponse et le plan d'action de la direction présentés à la suite de la vérification des programmes de promotion de la santé, un résumé des mesures qui sont prises pour aborder ces questions et pour renforcer l'apport des programmes de promotion de la santé à l'amélioration de la santé des Canadiens, par le truchement d'interventions efficaces et efficientes.

Pour mener à bien ses activités, l'ASPC peut compter sur la collaboration rapide, constante et significative de nombreux partenaires : autres ministères fédéraux; provinces et territoires; chercheurs universitaires; professionnels de la santé et des services sociaux; organisations non gouvernementales (ONG); secteur privé; jeunesse canadienne. La participation de tous les secteurs est requise pour favoriser l'atteinte des objectifs fixés en matière de santé publique. La coopération sur laquelle reposent les initiatives axées sur la santé des jeunes passe par des efforts visant à joindre un vaste auditoire et à maximiser les résultats. L'existence d'un lien entre la participation des jeunes, la réduction des comportements à risque et l'amélioration des résultats sur le plan de la santé[13] signifie que les décideurs doivent agir afin de forger des partenariats intersectoriels qui

---

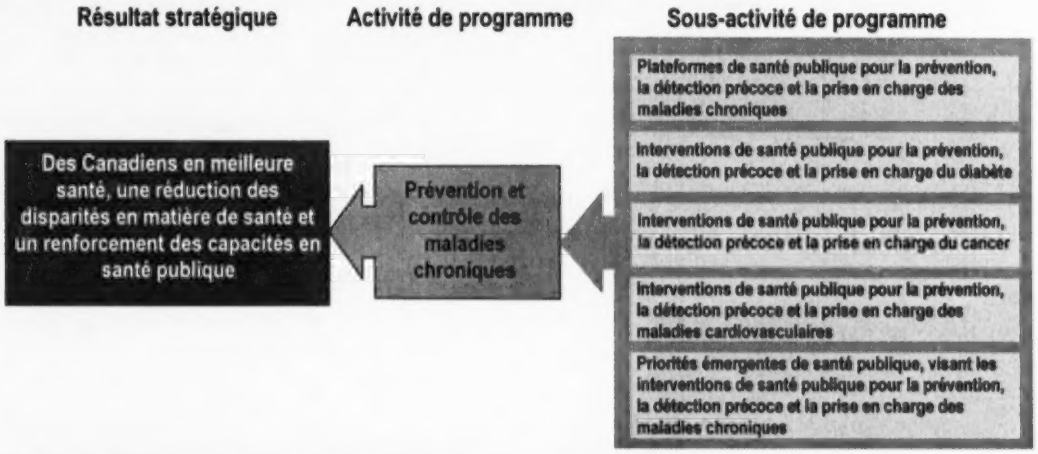
[11] *Investir en prévention – La perspective économique : Principales conclusions d'un examen des données récentes*. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/new-neuf-fra.php.

[12] Vérification des programmes de promotion de la santé, Division des services de vérification de l'Agence de la santé publique. Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/audit/reports09-fra.php#pps.

[13] *L'engagement des jeunes et les effets sur la santé : Existe-t-il un rapport entre les deux?*. Sur Internet : http://www.engagementcentre.ca/files/litreview1_web_f.pdf.

favorisent un engagement marqué de la part des jeunes, notamment par le biais des nouvelles technologies qui occupent une place grandissante dans la vie de jeunes d'aujourd'hui.

2.1.2 Activité de programme – Prévention et contrôle des maladies chroniques



Ressources financières (en millions de dollars) en 2009-2010		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
60,3	50,2*	47,8**

Ressources humaines (équivalents temps plein) en 2009-2010		
Prévues	Réelles	Différence
237,4	218,0	19,4***

* Le total des autorisations a été inférieur aux dépenses prévues. Cet écart s'explique surtout par le transfert de certaines autorisations vers d'autres activités de programme auxquelles se rattachent les dépenses engagées. Le budget d'ensemble de l'Agence n'a pas varié en raison de ces transferts.

** Les dépenses réelles ont été inférieures au total des autorisations. L'écart observé s'explique surtout par des retards touchant, d'une part, la conception finale ou la mise en œuvre d'accords de collaboration comme les protocoles d'entente à propos du système de lutte contre le cancer chez les enfants et, d'autre part, le financement de l'étude nationale de la santé des populations relative aux maladies neurologiques. Les travaux se poursuivent dans ces deux domaines. Par ailleurs, l'Agence a connu d'importantes difficultés liées à la recherche et au recrutement de professionnels de la santé publique possédant les qualifications nécessaires. De plus, elle a dû réaffecter des ressources afin de soutenir ses efforts de lutte contre la grippe A (H1N1).

*** Les retards touchant la dotation se sont traduits par une utilisation réelle d'équivalents temps plein inférieure à l'utilisation prévue. Cette situation s'explique par l'accent mis par l'Agence sur la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1) ainsi que par les problèmes associés à la recherche et au recrutement de professionnels de la santé publique possédant les qualifications nécessaires.

Résultat prévu pour l'activité de programme :

- Les Canadiens ont accès à des renseignements et outils opportuns, qui font autorité et sont fondés sur des données scientifiques, à l'appui de la prise de décisions éclairées en matière de prévention des maladies chroniques et de réduction des risques pour la santé.

Indicateurs de rendement	Cibles	État du rendement	Sommaire du rendement
Maladies dont on suit l'évolution et qui font l'objet d'un signalement	Établir un point de référence d'ici le 31 mars 2010	Entièrement satisfait Diabète : 6,7 cas par tranche de	Afin d'établir un point de référence pour le suivi des maladies et la préparation de rapports sur le sujet, l'Agence a recueilli, analysé, interprété et présenté des données sur les tendances observées au regard des principales affections chroniques—cancer, diabète et

		1 000 personnes (2006-2007)[14] Cancer : 400 cas par tranche de 100 000 personnes (2006)[15] Hypertension artérielle : 22,1 cas par tranche de 1 000 personnes (2006-2007)	hypertension artérielle. L'ASPC a publié un rapport annuel de surveillance qui décrit les tendances nationales relatives au diabète et qui aborde les répercussions de ces tendances sur la santé publique. De plus, elle a analysé des données de surveillance à l'appui du rapport annuel exposant les statistiques nationales sur le cancer, publié périodiquement des rapports détaillés de surveillance visant des affections particulières (comme les maladies du cœur) ainsi que publié un rapport biennal sur le rendement des programmes de dépistage du cancer du sein au Canada. En conséquence de ces efforts, des taux d'incidence de référence (à savoir, les taux de nouveaux cas diagnostiqués, normalisés selon l'âge) ont été établis en vue du suivi de ces trois maladies et de la préparation de rapports à leur sujet. La mise au point de données de surveillance sur les maladies chroniques se poursuit, ce qui aidera à tracer un portrait national de l'incidence de telles affections. Les activités futures auront pour but d'améliorer le suivi visant d'autres maladies chroniques (dont l'asthme, l'arthrite et la bronchopneumopathie chronique obstructive) ainsi que la préparation de rapports sur le sujet.
Maladies chroniques dont on établit les facteurs de risque	Établir un point de référence d'ici le 31 mars 2010	Entièrement satisfait Statistiques pour 2009 : Prévalence autodéclarée de l'usage quotidien du tabac : 18 %[16] Prévalence autodéclarée de l'inactivité physique : 47 % Prévalence autodéclarée de la consommation de moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour : 54 % Prévalence autodéclarée du sentiment de vivre	L'Agence a commencé à exercer une surveillance à l'égard d'une vingtaine de facteurs de risque associés aux maladies chroniques, notamment le tabagisme, l'inactivité physique, la nutrition, le stress, le poids et l'obésité[18]. L'Agence a publié un rapport remarquable, intitulé *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, qui fournit des détails sur l'apport en sodium selon l'âge et le sexe des individus. Le rapport observe que, peu importe le sexe ou le groupe d'âge, le Canada compte plus d'une personne sur deux dont la consommation de sodium dépasse l'apport admissible recommandé[19]. Par ailleurs, les scientifiques de l'ASPC ont dirigé la mise au point du rapport du *Groupe d'experts canadien sur la fumée du tabac et le risque de cancer du sein*, publié en avril 2009. Ce document a fait l'objet d'un examen consciencieux de la part de très nombreux médias, au Canada et à l'étranger. Le Groupe d'experts a été la toute première instance à procéder à une synthèse des données probantes qui tendent à confirmer l'existence d'un lien entre la fumée secondaire et le cancer du sein et selon lesquelles le tabagisme actif constituerait également un facteur de risque à l'égard de cette maladie.

[14] Agence de la santé publique du Canada. *Le diabète au Canada*, p. 3 (consulté le 7 juin 2009). Sur Internet : *Le diabète au Canada : Rapport du Système national de surveillance du diabète, 2009*.

[15] Agence de la santé publique du Canada. Surveillance du cancer en direct (consulté le 12 mai 2010). Sur Internet : *Incidence du cancer au fil des ans – Tous les cancers incluant in situ pour la vessie, deux sexes combinés, tous les âges, Canada, 1992-2006*.

[16] Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), prévalence du tabagisme, 1999-2009 : Annuel, 2008, Préoccupations liées à la santé > Tabagisme > Recherche > Statistiques sur l'usage du tabac (consulté le 4 août 2010).

		un stress passablement ou très élevé : 31 % Prévalence de l'obésité : 24 %[17]	
Interventions qui apparaissent au Portail canadien des pratiques exemplaires (PCPE)	Dresser une liste de 300 interventions d'ici le 31 mars 2010	Entièrement satisfait 316 interventions inscrites à la liste	En date du 31 mars, 316 interventions ou pratiques exemplaires étaient inscrites au PCPE. L'éventail des ressources disponibles a été enrichi (nombre et nature des documents), ce qui permet aux décideurs de consulter de nouvelles approches fondées sur des pratiques exemplaires en matière de prévention des maladies chroniques. Parmi les ajouts effectués au PCPE, notons de nouvelles interventions ou ressources axées sur la prévention des blessures, la violence familiale, le jeu, la sécurité alimentaire ainsi que la santé mentale.

Avantages pour les Canadiens

L'ASPC s'efforce de réduire le nombre de Canadiens qui contractent des maladies chroniques et d'améliorer la qualité de vie des personnes qui sont aux prises avec de telles affections. Ainsi, elle participe à l'amélioration de la santé générale des Canadiens.

L'Agence s'est aussi affairée à améliorer la collaboration entre les intervenants, de façon assurer un partage de renseignements et une coordination plus efficaces en ce qui touche le savoir à propos des facteurs de risque communs. Aux praticiens en santé publique, l'Agence propose des données, des analyses, des outils Web et des conseils techniques qui servent à appuyer les politiques, l'élaboration des programmes et les interventions en santé publique. En conséquence, les décideurs, les praticiens et les responsables des politiques du domaine de la santé publique ont reçu un appui en vue de poser des choix éclairés au sujet des politiques et des programmes les plus susceptibles d'alléger le fardeau qu'imposent les maladies chroniques au Canada.

Analyse du rendement

L'accessibilité accrue des données de surveillance s'est traduite par un enrichissement du savoir à propos des maladies chroniques et des facteurs de risque connexes. Par exemple, en juin 2009, l'ASPC a publié le rapport intitulé *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, qui, au moyen de synthèses et d'exposés, trace un portrait complet et à jour de la situation des maladies cardiovasculaires au Canada. Rédigée avec le concours de l'Institut canadien d'information sur la santé, du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, de la Fondation des maladies du cœur du Canada et de Statistique Canada, cette ressource constitue le tout premier rapport de surveillance des maladies cardiovasculaires à avoir été publié depuis la création de l'ASPC, en 2004. Par ailleurs, le rapport annuel de surveillance intitulé *Le diabète au Canada* a été rendu public en février 2010, suivi en mai 2010 du rapport exposant les statistiques canadiennes sur le cancer. De même, au printemps 2009, on a procédé au lancement d'un rapport qui propose une mesure normalisée du rendement des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada. Afin d'approfondir sa connaissance du cancer et des maladies chroniques chez les Métis, L'Agence a recueilli de l'information pertinente qu'elle a croisée avec le contenu des registres provinciaux du cancer et des bases de données sur la facturation des médecins et sur les hospitalisations. De même,

Quelques faits à propos de l'Agence ...
L'ASPC a engagé une somme de 10 millions de dollars sur trois ans au titre du lancement du Programme de la santé respiratoire. Ce dernier s'attaquera aux lacunes sur le plan des données que recense le Cadre de travail national sur la santé pulmonaire (sensibilisation à la prévention, dépistage précoce et autogestion des maladies pulmonaires, y compris les risques possibles liés à l'environnement), en portant une attention particulière aux populations très exposées.

[17] Il est bien connu que la prévalence autodéclarée de l'obésité (18 % en 2009) est inférieure aux taux réels d'obésité. Une fois apportées les corrections liées à ce biais, la prévalence de l'obésité s'établit à environ 24 % en 2009.
[18] Agence de la santé publique du Canada. Projet-pilote de statistiques officielles sur les maladies chroniques, Indicateurs de santé – prévalence des facteurs de risque (base de données interne), Division de la surveillance des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques (consulté le 4 août 2010).
[19] Un apport quotidien de 1 500 mg est jugé adéquat pour le maintien d'une bonne santé chez l'adulte. L'apport admissible maximal est fixé à 2 300 mg par jour. Source : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/food-aliment/sodium-fra.php.

les publications scientifiques de l'Agence (dont *Maladies chroniques au Canada*) favorisent une meilleure compréhension des maladies chroniques et des facteurs de risque qui s'y rattachent.

En de plus d'appuyer la cueillette de données de surveillance, l'Agence a participé à l'édification d'un corpus de données scientifiques probantes. À cet égard, elle a contribué à de nombreux plans et rapports, dont le rapport sur le lien entre la prévention des maladies et l'apport de vitamine D et de calcium[20] ainsi que le sommaire du symposium intitulé *Dietary patterns research and its applications to nutrition policy for the prevention of chronic disease among diverse North American populations*, dont les travaux ont été publiés dans *Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme*.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
D'ici 2011, le Canada comptera 2,6 millions de personnes ayant reçu un diagnostic de diabète, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de 7 %. Par le biais de la Stratégie canadienne sur le diabète, l'Agence investit 18 millions de dollars par année afin de prévenir le diabète et ses complications et afin de renseigner les Canadiens le plus à risque de contracter la maladie.

Par le biais d'interventions, d'activités de dépistage et de mesures de soins préventifs, l'ASPC a stimulé l'innovation en ce qui touche la mise au point et l'évaluation de modèles de prévention des maladies chroniques à l'échelon provincial, territorial et communautaire. Par exemple, l'Agence a diffusé, à l'échelon provincial et dans au moins une douzaine de centres de santé communautaire locaux, des outils d'évaluation des risques comme le questionnaire CANRISK servant au dépistage du diabète. L'ASPC a optimisé l'investissement consenti par le Partenariat canadien contre le cancer en vue d'appuyer le lancement du projet Connaissances et action liées pour une meilleure prévention; ainsi, l'Agence finance des initiatives qui contribuent à la prévention plus rapide des maladies chroniques au Canada, tout particulièrement dans les collectivités nordiques et autochtones. L'ASPC a également soutenu des initiatives communautaires comme la réalisation, par l'Organisation nationale de la santé autochtone, d'une série d'émissions télévisées abordant la question de la santé des Inuits, de façon à y intégrer des éléments de prévention du diabète gestationnel et du diabète de type 2. Ainsi, l'Agence a pu accélérer la cadence des efforts de prévention du cancer et des maladies chroniques dans les collectivités nordiques ou autochtones tout en sensibilisant les populations aux facteurs de risque de diabète et aux répercussions de l'obésité sur la santé publique.

Par le truchement de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein, l'ASPC a soutenu les réseaux du cancer du sein qui, à l'échelon national, provincial et territorial, travaillent à parer aux besoins d'aide et d'information exprimés par les collectivités autochtones, rurales ou éloignées ainsi que par les jeunes femmes atteintes de la maladie. De plus, l'ASPC a soutenu les organismes qui luttent contre le cancer en vue de favoriser la mise au point et l'échange de pratiques exemplaires, d'innovations communautaires ou d'approches qui ciblent des populations rurales ou mal desservies. Par ailleurs, l'Agence a fourni des outils d'évaluation et d'aide à la décision qui permettent aux Canadiens de poser des choix éclairés, notamment l'outil d'aide à la prise de décision pour le dépistage du cancer du sein. En outre, elle a financé la création d'un recueil de pratiques exemplaires axées sur la mobilisation des femmes n'ayant jamais subi de test de dépistage du cancer du sein ou ayant rarement subi un tel test. Le recueil réunit une soixantaine de pratiques exemplaires qui incitent les femmes à subir des tests plus fréquents et qui seront partagées avec les organismes de santé publique et les intervenants du dossier du cancer de tout le pays.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
En juin 2009, avec le concours des Organismes caritatifs neurologiques du Canada, l'ASPC a lancé la première étude nationale sur les maladies neurologiques. D'une durée de quatre ans, cette étude nationale sur la population réunira de précieuses connaissances sur la prévalence des maladies neurologiques, sur les facteurs de risque afférents, sur l'utilisation des services de santé et sur les coûts économiques, aujourd'hui et pour les 20 prochaines années. Travaillant en étroite collaboration avec les intervenants, le gouvernement fédéral octroiera des crédits de 15 millions de dollars sur quatre ans en vue de financer la conception de l'étude.

En lançant le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, l'Agence a paré aux besoins des fournisseurs de soins de santé primaire en ce qui touche les lignes directrices fondées sur des données probantes, à l'appui de la prestation de soins préventifs qui favorisent le recours à la prévention dans la pratique. En novembre 2009, avec le concours des Instituts de recherche en santé du Canada, l'ASPC a soutenu la création d'un centre d'examen et de synthèse des données probantes qui veille à l'examen rigoureux des preuves scientifiques, dans le but d'éclairer la mise au point de recommandations et de directives cliniques novatrices.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
L'ASPC maintient sa participation en tant que représentant du Canada auprès de l'Alliance mondiale contre les affections respiratoires chroniques (GARD), une alliance volontaire qui réunit 40 nations ainsi que des institutions, agences et organismes internationaux. La GARD aide l'OMS à respecter son engagement d'alléger le fardeau qu'imposent les maladies respiratoires chroniques à l'échelle planétaire.

[20] Chung, M., E.M. Balk, M. Brendel, S. Ip, J. Lau, J. Lee, et al. *Vitamin D and Calcium: A Systematic Review of Health Outcomes*, rapport d'analyse de données nº 183 (produit par le Tufts Evidence-based Practice Centre conformément au contrat nº HHSA 290-2007-10055-I), publication nº 09-E015 de l'AHRQ, Rockville (Maryland), Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.

L'Agence a collaboré avec des partenaires internationaux en vue de favoriser la prévention et l'atténuation des maladies chroniques. Désignée comme centre de collaboration sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ASPC travaille avec l'OMS et l'Organisation panaméricaine de la santé afin de formuler, de surveiller et d'évaluer des cadres qui soutiennent la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. De plus, avec le concours de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'Agence procède à des analyses économiques portant sur les interventions qui visent à prévenir les affections chroniques liées à la mauvaise alimentation, à la sédentarité et à l'obésité au Canada. Les spécialistes d'organismes locaux, nationaux et internationaux soulignent l'importance de considérer de multiples approches, sur le plan des politiques, en vue d'alléger le fardeau qu'imposent les maladies chroniques.

En matière de prévention des maladies chroniques, l'ASPC a exercé un leadership en qualité de membre du comité consultatif international du Réseau mondial de lutte contre les maladies non transmissibles (NCDnet) de l'OMS[21]. L'ASPC a également participé à la mise au point de la stratégie de surveillance et d'évaluation de NCDnet. Cette stratégie propose un modèle logique qui facilite la surveillance de l'ensemble des étapes liées à la planification, aux opérations et à la mise en œuvre, de façon à bien préparer l'évaluation de l'impact de NCDnet, qui aura lieu en 2012-2013.

Leçons retenues

L'une des grandes leçons tirées d'une évaluation de la Stratégie canadienne du diabète, réalisée en 2004, met en lumière le besoin de cerner les apprentissages des projets communautaires et de communiquer ces leçons au profit des projets à venir[22]. La même leçon se dégage d'évaluations plus récentes qui, en 2009, ont mis au jour le même besoin de diffuser les leçons retenues et les constats formulés à la suite d'évaluations à l'échelle des projets, de façon à améliorer les futures initiatives visant à prévenir le diabète et à en atténuer les effets[23]. Des travaux ont été lancés en vue de synthétiser et d'évaluer les résultats des projets communautaires axés sur le diabète, question de jauger l'efficacité des stratégies de prévention et de gestion de cette maladie. De telles leçons sont en voie d'être appliquées aux programmes visant d'autres maladies chroniques pour lesquelles des données sont recueillies au niveau des projets. Un important volet de ce travail concerne la diffusion opportune des constats auprès d'organismes pertinents, dans le but d'éclairer les futurs programmes ciblant le diabète.

Depuis le lancement de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein, la situation du cancer a grandement évolué, et de nouveaux réseaux et intervenants ont vu le jour. Par leur travail, ces derniers ont contribué aux efforts de prévention et de contrôle du cancer déployés à l'échelon local, régional et national. Selon l'évaluation de 2008 de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein[24], la planification des mesures de lutte contre le cancer du sein devrait miser sur l'apport des personnes qui sont directement touchées par cette affection chronique. L'ASPC a un rôle à jouer pour s'assurer que les intervenants intéressés au cancer du sein aient accès à un forum de réseautage et aient l'occasion de participer aux activités plus larges des intervenants intéressés au cancer.

---

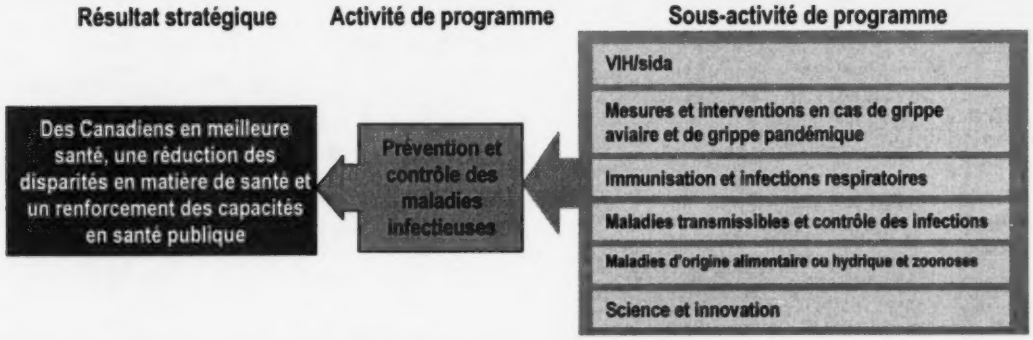
[21] NCDnet est une plateforme de collaboration qui soutient les efforts des États membres de l'OMS et d'autres partenaires internationaux en vue de lutter contre les maladies chroniques.

[22] Agence de la santé publique du Canada. *Evaluation of the Canadian Diabetes Strategy – Final Report*, Rick Wilson Consulting Inc., 2004, p. 5. Bien qu'il soit ici question des résultats d'une évaluation datant de 2004, le besoin de veiller à l'intégration des leçons dans les pratiques courantes de l'ASPC demeure constant, aux fins de l'examen des répercussions des programmes communautaires.

[23] Agence de la santé publique du Canada. *Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques : Évaluation formative des programmes communautaires axés sur le diabète – Rapport d'évaluation*, JLS Management Consulting Inc., Division de la prévention des maladies chroniques, 2009.

[24] *Un grand partage : Évaluation du volet renforcement des capacités de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein*, rapport final d'évaluation, 8 mars 2008.

2.1.3 Activité de programme – Prévention et contrôle des maladies infectieuses



Ressources financières (en millions de dollars) en 2009-2010		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
261,3	747,2*	529,3**

Ressources humaines (équivalents temps plein) en 2009-2010		
Prévues	Réelles	Différence
831,9	992,0	(160,1)***

* Le total des autorisations a été supérieur aux dépenses prévues. Cet écart s'explique surtout par l'octroi de nouveaux crédits au titre des vaccins antigrippaux et autres coûts liés à la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1), au titre de la chaîne de remplissage de vaccins ainsi qu'au titre des initiatives visant à donner suite aux leçons tirées de l'éclosion de listériose.

** Les crédits octroyés à l'ASPC au titre des vaccins et des autres coûts associés à la lutte contre le virus de la grippe A (H1N1) étaient fondés sur les meilleurs renseignements disponibles à l'été. Cependant, l'éclosion ayant été endiguée dès l'automne, les coûts réels ont été moins élevés que prévu. Les crédits autorisés à l'appui d'une nouvelle chaîne de remplissage de vaccins antigrippaux et à l'appui de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH ont été reportés aux années financières ultérieures, ce qui s'est traduit par une baisse des dépenses réelles pour 2009-2010.

*** L'écart entre les nombres prévus et réels d'équivalents temps plein s'explique surtout par l'embauche de personnel pour soutenir les interventions de lutte contre la grippe A (H1N1) ainsi que par la réussite d'une campagne de recrutement qui s'est soldée par l'embauche de nouveaux employés.

Résultats prévus pour l'activité de programme :

- Incidence réduite des maladies infectieuses de premier plan au regard de la santé publique au Canada.
- Meilleures interventions dans les collectivités et les établissements de santé lors de l'éclosion de maladies infectieuses au Canada.

Indicateurs de rendement	Cibles	État du rendement	Sommaire du rendement
Incidence de la tuberculose, de l'hépatite, des infections transmises sexuellement (ITS), du virus du Nil occidental et du VIH chez les Canadiens	Établir un point de référence d'ici le 31 mars 2011	Satisfait dans une certaine mesure[25] Point de référence pour la tuberculose : 4,8 cas par tranche de 100 000 personnes (2007)	À 4,8 cas par tranche de 100 000 personnes, le taux d'incidence de la tuberculose observé en 2007 était le plus faible jamais relevé au Canada, ce qui témoigne des grands pas franchis en vue d'atteindre la cible fixée pour le Canada, soit 3,6 cas par 100 000 personnes d'ici 2015. Selon des données préliminaires, le taux d'incidence serait le même en 2008 qu'en 2007. Le taux de tuberculose observé pour la population autochtone demeure élevé, et il faudra encore déployer de grands efforts pour le diminuer.

[25] Notons qu'une augmentation de l'incidence ou du nombre de cas observés pourrait également constituer un signe de resserrement de la surveillance ou de progression de la sensibilisation.

		Cible fixée pour la tuberculose : 3,6 cas par tranche de 100 000 personnes d'ici 2015	Au Canada, la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement posent un important défi sur le plan de la santé publique. De 1998 à 2007, les taux de chlamydia déclarés ont bondi de 74 %. En 2007, quelque 74 000 cas ont été recensés. Le nombre de cas déclarés donne un estimé conservateur de la véritable incidence de l'infection et du fardeau qui s'y rattache, car une forte proportion de cas asymptomatiques échappent au diagnostic. En raison de la sous-déclaration des cas, il est impossible pour l'instant d'établir des taux d'incidence détaillés. Le même phénomène s'observe pour la gonorrhée et la syphilis[26]. Le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH) mesure l'incidence de l'hépatite B et de l'hépatite C sur le territoire de certaines administrations (ce qui représente 40 % de la population du Canada). De 2008 à 2009, le nombre de diagnostics d'infection aiguë au virus de l'hépatite B a reculé, passant de 0,74 à 0,56 cas par tranche de 100 000 personnes. Il en va de même du nombre de diagnostics d'infection aiguë au virus de l'hépatite C, qui est passé de 2,40 à 1,88 cas par tranche de 100 000 personnes. En raison du facteur de complexité que constitue le rapport entre les pourcentages de cas symptomatiques et asymptomatiques d'hépatite B ou C, aucun point de référence n'a encore été établi pour ces affections. Par rapport à d'autres pays, le Canada présente de faibles taux d'hépatite B (3,3 cas par tranche de 100 000 personnes en 2007) et d'hépatite C (2,2 cas par tranche de 100 000 personnes en 2008). Des taux d'incidence nettement supérieurs sont observés pour les populations autochtones et les autres groupes à risque, lesquels gagneraient à faire l'objet d'une meilleure couverture vaccinale et d'autres mesures de prévention des infections[27].
		Point de référence et fourchette cible pour le virus du Nil occidental : de 0,025 à 7,06 cas par tranche de 100 000 personnes (2009)	Certains facteurs—dont la température et le climat—influencent notablement le risque que pose le virus du Nil occidental et l'incidence des infections que provoque ce dernier chez l'humain. Par conséquent, le nombre de diagnostics d'infection humaine varie sensiblement d'une année à l'autre. Des données de surveillance nationales sur le nombre de cas d'infection humaine au virus du Nil occidental sont recueillies en temps utile (de façon hebdomadaire en pleine saison du virus du Nil occidental) auprès de toutes les administrations provinciales et territoriales. Les données ont été réunies pour la période de 2002 à 2009, afin d'établir des points de référence et de repérer les écarts observés au cours de la période.

[26] Source : http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/index-fra.php.

[27] Sources : ***Rapport sommaire – L'hépatite B au Canada.*** Sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/hep/index-fra.php; et ***Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada.***

[28] Source : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-fra.php.

			Le taux d'incidence du VIH a été plus ou moins stable au cours des cinq dernières années. Ce taux a augmenté de 2007 à 2008, passant de 8,8 à 9,9 cas par tranche de 100 000 personnes. Avec de tels résultats, le Canada se situe au milieu du peloton des pays développés[28].
Accords conclus avec les provinces et les territoires en ce qui touche la gestion de l'information lors d'un épisode d'éclosion où le gouvernement fédéral joue un rôle	D'ici le 31 mars 2001, voir à ce que 40 % des provinces et territoires concluent des accords prévoyant un meilleur partage de renseignements	Presque entièrement satisfait	Deux protocoles d'entente, portant respectivement sur le partage de renseignements pendant une urgence de santé publique et la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique, ont été conclus par l'ensemble des ministres responsables de la santé à l'échelon fédéral, provincial et territorial. Une entente multilatérale relative au partage de l'information sur les maladies infectieuses est en voie d'être rédigée, par l'entremise d'un groupe de travail fédéral-provincial-territorial qui reçoit une aide de l'ASPC. L'entente abordera la question des substances biologiques, renfermera un noyau central consacré aux maladies infectieuses et se complètera d'annexes techniques portant sur des affections ou des phénomènes de santé publique particuliers.

Avantages pour les Canadiens

L'Agence s'efforce d'alléger le fardeau qu'imposent les maladies infectieuses tout en limitant le risque qui guette les Canadiens de contracter de telles affections. L'Agence exerce des activités de surveillance et d'évaluation de la santé publique qui contribuent à faciliter l'accès à des données essentielles et à contenir les répercussions des poussées de maladies infectieuses. En matière de science et d'innovation, l'Agence s'affaire à formuler des méthodes d'examen de pointe, à l'appui de la surveillance et de l'évaluation des risques pour la santé publique.

En veillant à l'application des dispositions législatives et réglementaires de la *Loi sur la quarantaine* et à la prise d'autres mesures de santé publique, dont le déploiement d'agents de quarantaine aux principaux points d'entrée, l'Agence contribue à la protection des Canadiens contre l'importation de maladies infectieuses qui menacent la santé publique. L'ASPC collabore avec des partenaires-clés, dont l'Agence des services frontaliers du Canada, afin que les voyageurs répondent à un plus grand nombre de questions relatives à la santé, ce qui permet de resserrer le dépistage. De plus, l'Agence diffuse des messages au sujet de la santé publique, qu'il s'agisse d'avis d'alerte santé distribués aux voyageurs, de communications faites à bord des aéronefs ou d'affiches posées dans les aéroports internationaux.

Analyse du rendement

En juin 2009, l'Agence a publié son Cadre stratégique pour l'action, qui énonce des orientations futures aux fins du renouvellement des interventions de santé publique axées sur l'hépatite C. Misant sur une collaboration et des partenariats intersectoriels, le programme renouvelé de lutte contre l'hépatite C a financé la réalisation, dans tout le Canada, de 48 projets abordant les trois thèmes suivants :

- Recherche et surveillance – Ces projets visaient à favoriser le recours à de meilleurs traitements, l'adoption de technologies novatrices, le déploiement d'interventions de santé publique efficaces et de nouvelles politiques fondées sur des données probantes ainsi que le renforcement des outils de cueillette et d'analyse des données de surveillance et des données épidémiologiques.

- Soins et sensibilisation – Ces projets se sont attardés aux possibilités de renforcement des capacités offertes aux professionnels de la santé et des services sociaux, aux chercheurs et aux organismes communautaires. Les projets ont également porté sur le renforcement des modèles de soins et de traitement ciblant les populations vulnérables et mal desservies.

- Prévention et soutien communautaire – Les sommes investies dans ces projets visaient à créer, à enrichir et à soutenir des liens entre les approches axées sur la co-infection par d'autres maladies infectieuses, sur les populations et les déterminants de la santé, sur les facteurs de risque communs ainsi que sur la promotion de la santé ou la santé de la population. Les investissements avaient également pour but de renforcer les capacités communautaires afin d'assurer des interventions pertinentes, sur le plan des programmes, en réponse aux priorités et/ou aux besoins de prévention à l'échelon local.

À l'appui de la lutte contre le VIH, les laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie de l'Agence continuent d'offrir des services de diagnostic hautement spécialisés à l'intention des intervenants provinciaux, territoriaux et internationaux. En matière de traitements et de soins aux malades, ces laboratoires administrent un éventail de programmes de surveillance et d'assurance de la qualité. Les laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie sont les seuls établissements canadiens à avoir obtenu la certification ISO 15189 (« Laboratoires d'analyses de biologie médicale – Exigences particulières concernant la qualité et la compétence »).

Quelques faits à propos de l'Agence ...
Le Pacific AIDS Network (PAN) est un réseau provincial qui réunit plus de 55 organismes communautaires chargés de soigner, de traiter et d'épauler les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes atteintes d'une co-infection à VIH ou les personnes à risque. Par son appui et son soutien financier, l'Agence a donné au PAN l'élan nécessaire pour se réorienter vers le perfectionnement professionnel et le renforcement des capacités des organismes membres. En avril 2010, la directrice générale du PAN a reçu, de la part de la BC Persons with AIDS Society, un prix ACCOLAIDS en reconnaissance de sa contribution sur le plan de l'action sociale, politique et communautaire.

Les connaissances à propos des facteurs qui contribuent à la propagation de l'infection à VIH se sont enrichies grâce à l'apport des programmes de surveillance des comportements à risque et grâce aux rapports faisant état des dernières données de surveillance, des travaux de recherche, des interventions récentes, des nouveaux enjeux ainsi que des lacunes observées parmi les populations à risque. Des études épidémiologiques ciblées ont été mises au point ou perfectionnées. Avec le concours des provinces et des territoires, le travail s'est poursuivi en vue d'améliorer la surveillance du VIH et la déclaration des cas d'infection. En outre, des protocoles d'entente ont été conçus en vue d'appuyer les efforts que déploient—à partir des provinces—les agents de surveillance sur le terrain ainsi que la détection des souches du VIH résistant aux médicaments au Canada.

Les programmes de surveillance sentinelle du VIH-sida continuent d'être établis et mis en œuvre au sein des populations à risque, dans le but de concevoir des études ciblées qui s'attaquent aux questions liées à la surveillance de la déclaration des cas. Les données de surveillance fournissent des statistiques à l'appui des efforts de modélisation du VIH/sida qui tentent d'évaluer la face non connue de l'épidémie et d'établir des prévisions nationales en ce qui touche le VIH.

On n'a pu mener à bien le plan prévoyant l'établissement d'une unité de fabrication à l'échelle préindustrielle, en vue de la production d'un vaccin contre le VIH qui soit à la fois sûr, efficace, abordable et disponible dans le monde entier. Un processus ouvert et transparent a été lancé afin de recruter une société sans but lucratif, chargée de la construction et de l'exploitation d'une unité de fabrication à l'échelle préindustrielle de vaccins en vue d'essais cliniques. Cependant, aucune des sociétés candidates n'a su répondre aux critères prédéfinis. En février 2010, le gouvernement du Canada et la Fondation Bill et Melinda Gates ont annoncé qu'ils n'iraient pas de l'avant avec l'établissement de l'unité de fabrication en raison de nouvelles circonstances démontrant l'existence de capacités de fabrication suffisantes. Par la suite, en juillet 2010, les deux mêmes partenaires ont annoncé le renouvellement de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH, qui reposera désormais sur une nouvelle alliance consacrée à la recherche et au développement.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
Le Comité des sous-ministres adjoints sur le VIH/sida du gouvernement du Canada a été l'hôte du premier *Forum stratégique interministériel sur les déterminants de la santé et le VIH/sida*. Des représentants de quatorze ministères et organismes fédéraux ont tissé des liens et établi une compréhension commune des synergies possibles parmi l'ensemble des mandats, des populations cibles et des priorités du gouvernement fédéral. Entre autres résultats, le Forum a permis de reconnaître les obstacles communs à la collaboration horizontale, de définir des stratégies pour surmonter ces obstacles et de cerner les consensus à établir en vue de formuler une approche pangouvernementale qui s'attarde aux déterminants sociaux économiques élargis de la santé.

Le Canada a réagi rapidement au risque d'infection respiratoire émergente provenant du Mexique (virus grippal H1N1) et n'a pas tardé à dépister les premiers cas sur son territoire. En quelques jours, l'Agence a publié sur son site Web des documents visant à guider la pratique clinique et à contrôler l'infection. Durant la pandémie, l'Agence a mis au point 44 guides de pratique, en consultation avec les groupes professionnels, les provinces et les territoires. De plus, l'organisation de briefings médias hebdomadaires a permis au gouvernement de déployer des interventions assurées et bien préparées. En matière de lutte contre la grippe A (H1N1), les activités de l'Agence ont connu un moment-phare avec l'établissement de nouveaux partenariats et l'instauration d'une collaboration étroite entre tous les intervenants. Le monde a constaté que le Canada avait conclu l'un des

meilleurs marchés en vue de la fabrication de vaccins et que le taux de vaccination de sa population avait été parmi les plus élevés de la planète.

Le Réseau pancanadien de renseignements sur la santé publique continue de procurer une plateforme technique essentielle pour l'exercice des activités de l'Agence en matière de surveillance nationale ou d'alertes et d'interventions en temps réel. Deux nouvelles applications ont été créées afin de soutenir les mesures de lutte contre l'éclosion de grippe A (H1N1) adoptées par le gouvernement fédéral et par les gouvernements des provinces et des territoires : une plateforme Web interactive servant à l'interprétation et à l'analyse en temps réel des résultats d'épreuves en laboratoire, à l'appui de l'analyse et de la préparation de rapports lors de l'éclosion; et une plateforme servant à la surveillance et au suivi rapides, en temps réel, des cas de pneumonie liés à la grippe pandémique ainsi que des facteurs de risque connexes, au moyen de dossiers médicaux électroniques portant sur les soins primaires.

Fidèle à l'engagement de mettre au point des méthodes de pointe pour l'évaluation du risque pour la santé que posent les agents pathogènes émergents, l'Agence a créé des plateformes en temps réel de réaction de polymérisation en chaîne quantitative, en vue de dépister le virus H1N1 et de reconnaître les sources pharmacorésistantes de ce virus. La mise en œuvre et l'exploitation de telles plateformes ont contribué de façon notable aux activités de lutte contre l'éclosion de grippe A (H1N1) dans toute l'Agence, fournissant des examens rapides et précis des cas confirmés et favorisant la prise de décisions éclairées à l'échelon fédéral, provincial et territorial.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
L'éclosion de grippe A (H1N1) a donné l'occasion de procéder à un examen de la stratégie d'approvisionnement et de gestion des antiviraux. À la lumière des leçons tirées à la suite de la pandémie par le Groupe de travail sur les antiviraux et les soins cliniques, l'Agence réexaminera la composition de ses réserves d'antiviraux ainsi que le nombre de doses en stock.

L'Agence a réalisé des études portant sur les répercussions économiques et sociales de la pandémie de grippe A (H1N1). Les études de modélisation de la propagation de l'éclosion de grippe A (H1N1) se poursuivent. La lutte contre l'éclosion s'est fondée sur le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, un document évolutif dont quatre annexes ont été mises à jour cette année.

En juin 2009, l'Agence a lancé, à l'intention des nouveaux parents, une campagne d'information ayant pour thème C'est le temps de vacciner. La campagne continue d'offrir des renseignements clairs et conviviaux sur l'immunisation, afin d'aider les parents à prendre des décisions éclairées au sujet de la santé de leurs enfants. Dans le cadre de cette initiative, l'Agence a mis au point le *Guide des parents sur la vaccination*. Disponible en dix langues, cet ouvrage aborde l'innocuité des vaccins, souligne l'importance d'une immunisation en temps opportun, communique de l'information sur treize maladies graves évitables par la vaccination et diffuse de l'information en vue d'aider les parents à se préparer pour le jour où leurs enfants recevront un vaccin. En date du 31 mars 2010, plus de 56 000 exemplaires du guide avaient été commandés via le numéro 1-800-O-Canada.

L'Agence a pris des mesures positives en matière de surveillance de l'innocuité des vaccins. À l'appui de tels efforts, le système de surveillance dans les hôpitaux sentinelles a été renforcé, de façon à permettre auxdits établissements de partager des renseignements plus détaillés au sujet des enfants victimes d'incidents graves causés par la vaccination. En raison de la préséance donnée au dossier de la grippe A (H1N1), l'Agence a choisi de maintenir les activités courantes de surveillance des maladies évitables par la vaccination, sans chercher à les améliorer.

Depuis 2005, le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN) de l'Agence veille à la détection de précoce de nouveaux virus grippaux et assure un suivi de la morbidité et de la mortalité élevées lors de pandémies, par le biais de Surveillance de l'influenza. Le PCSIN a procédé à une enquête à passages répétés portant sur la prévalence des infections liées aux soins de santé. Cette enquête révèle qu'au Canada, 12,4 % des patients admis dans des hôpitaux de soins actifs y ont contracté une ou plusieurs infections. De 2002 à 2009, la prévalence des infections liées aux soins de santé a augmenté de 11,7 %. Le phénomène touche surtout les adultes, qui ont vu la prévalence des infections augmenter de 17,1 %, comparativement à une diminution de 6,6 % observée chez les enfants[29].

Quelques faits à propos de l'Agence ...
Le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales compte parmi les programmes de surveillance de la sûreté du sang qui continuent de surveiller les maladies infectieuses, les facteurs de risque connexes de même que les déterminants de la santé. Un nouveau programme, le Système de surveillance des cellules, tissus et organes, fait actuellement l'objet d'un essai-pilote.

[29] Résultats préliminaires du PCSIN (2009); et Gravel, D., B. Taylor, M. Ofner, L. Johnston, M. Loeb, V.R. Roth, et al. "Point Prevalence Survey for Healthcare-Associated Infections within Canadian Adult Acute-care Hospital," *Journal of Hospital Infection*, 2007, vol. 66, p. 243-248.

La collaboration se poursuit en vue de développer des capacités de modélisation à l'appui de la prévision des éclosions de virus du Nil occidental. L'Agence a mené à bien des études sur la prévention des infections et le contrôle de l'influenza en milieu de soins, et les résultats de ces travaux seront disponibles en 2010-2011[30]. Le Programme des pathogènes spéciaux de l'Agence a entrepris la mise au point d'une nouvelle plateforme de mise à l'épreuve d'échantillons de sérum animal ou humain, capable de traiter jusqu'à dix différents virus de niveau de biosécurité 4 par échantillon. Des épreuves ont été conçues pour le dépistage d'agents pathogènes émergents à diffusion vectorielle, en vue d'aider les scientifiques à reconnaître les nouveaux virus transmis par les moustiques et à diffuser des alertes à l'intention des laboratoires de santé publique et des services de santé des provinces et des territoires. De même, au cours de la dernière année, 60 articles ont été publiés dans des revues nationales et internationales pour communiquer les résultats des travaux scientifiques que mène l'Agence aux points d'interface entre l'humain, l'animal et l'environnement.

L'Agence s'est affairée à établir une démarche holistique de prévention des maladies et de caractérisation des risques des populations, dans le but d'inclure les déterminants liés à l'agriculture et à l'environnement au profit des humains et des animaux. Le recours à la technique des satellites a permis d'améliorer les méthodes de surveillance et de recueillir des données mondiales à propos des facteurs susceptibles d'influencer la santé publique. En outre, les systèmes d'information géospatiale nouvellement créés par l'Agence ont fourni des outils à l'appui du suivi de la propagation de la grippe A (H1N1), facilitant ainsi la mise au point d'interventions appropriées pour lutter contre l'éclosion. Tirant parti des leçons retenues en 2008-2009, le Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique collabore avec l'ACIA et d'autres partenaires en vue de développer une capacité intégrée d'évaluation des risques qui renforcera notre aptitude à évaluer et à contrer les menaces que font planer les zoonoses. En matière d'agents pathogènes émergents, des efforts soutenus ont permis au Laboratoire national de microbiologie de concevoir des outils à grande capacité, aux fins de reconnaissance et de classification des menaces possibles pour la santé publique au Canada et aux fins de suivi de l'évolution de telles menaces au fil du temps.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
En octobre 2009, le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence s'est joint sans restriction au Réseau mondial de laboratoires de la poliomyélite et a obtenu l'accréditation officielle de laboratoire de référence régional de la poliomyélite de l'Organisation panaméricaine de la santé et de l'Organisation mondiale de la santé.

L'Agence a continué de formuler des approches novatrices dans le but d'atténuer l'incidence des maladies infectieuses et des maladies chroniques, à la lumière d'analyses des risques touchant la génétique humaine. De plus, l'Agence travaille à la définition de biomarqueurs génétiques novateurs qui favoriseront une détection précoce, une surveillance améliorée et des interventions fondées sur l'identification de sous-groupes vulnérables, susceptibles d'être ciblés par des mesures de prévention des risques.

Leçons retenues

Le Canada demeure un chef de file dans le domaine de l'immunisation. Dans l'ensemble, il se compare avantageusement aux autres États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Cependant, la recherche et l'analyse révèlent qu'on peut faire mieux. Publiée en 2007, l'évaluation intérimaire de la Stratégie nationale d'immunisation (SNI) a cerné quatre lacunes, soit : le manque de recherche en santé publique; la coordination peu efficace entre le Comité canadien d'immunisation et le Comité consultatif national de l'immunisation; le manque d'attention porté aux populations particulières (populations mobiles, immigrants, peuples autochtones); ainsi que l'absence de modèle de financement durable. Tablant sur les résultats de l'évaluation intérimaire de la SNI, des recherches et des analyses stratégiques sont en cours afin de cerner et d'étoffer davantage les leçons retenues ainsi que les correctifs à apporter pour renforcer la SNI. Des options et des recommandations sont en voie d'être formulées.

Comme l'a démontré l'épisode de la grippe A (H1N1), la lutte contre les épidémies et les pandémies passe par la déclaration opportune des hospitalisations et des décès. L'Agence a cerné le besoin de concevoir un système électronique commun, fiable et exact, afin de croiser les données épidémiologiques et les données de laboratoire, à l'appui du traitement des agents pathogènes émergents dans les laboratoires. En outre, il y a lieu d'établir une stratégie de gestion de l'information qui assure la diffusion efficiente des guides de pratique clinique à l'intention des fournisseurs de soins de santé de première ligne. En ce qui touche la propagation de la grippe A (H1N1), l'Agence a lancé un projet de surveillance qui a su définir un ensemble supplémentaire de connaissances spécialisées et d'outils, tant sur le plan conceptuel que sur le plan de l'analyse. Les résultats de cette initiative sont actuellement traités en vue d'une publication éventuelle. Le projet a révélé que la réception des données définissant l'ampleur des maladies et la facilité d'intégration des données de surveillance avec les modèles épidémiologiques

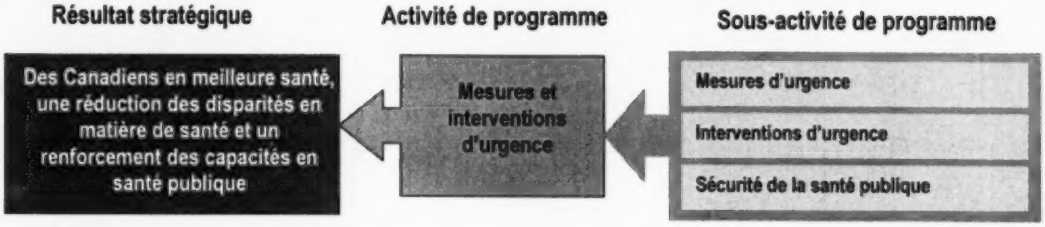
[30] Source : Plan de recherche de l'ASPC sur la prévention de l'infection au virus de la grippe pH1N1 (2 février 2010), présenté le 4 février 2010 au Groupe de travail sur la recherche sur la prévention de l'infection au virus de la grippe pH1N1.

constituaient des conditions essentielles en vue de la prévision et de l'évaluation des risques de pandémie. Les travaux se poursuivent au regard de cette modélisation.

Conformément à ses obligations fédérales, l'APSC a réalisé une évaluation sommative du programme de contributions pour la sûreté du sang (PCSS), portant sur la période de 1998 à 2008. L'Agence a accepté toutes les recommandations du rapport et a pris des mesures en vue de leur adoption. Au titre des progrès réalisés pour mettre en œuvre ces recommandations, notons : le renforcement du Système de surveillance des incidents transfusionnels, qui recense maintenant 83 % des activités de transfusion de globules rouges au Canada; l'amélioration du Système de surveillance des erreurs transfusionnelles, qui propose une meilleure caractérisation des erreurs liées aux transfusions; et la conduite d'un essai-pilote visant le nouveau Système de surveillance des cellules, tissus et organes de l'Agence. La réponse à l'évaluation démontre l'engagement constant de l'ASPC à l'égard du maintien de la confiance que les Canadiens portent à la sûreté de l'approvisionnement national en sang.

Selon les principaux constats du rapport intitulé *Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada – Rapport d'évaluation de l'implémentation*, publié en mai 2009, la mise en œuvre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada est très avancée, et les principaux extrants s'harmonisent avec les résultats. Les constats et les recommandations s'attardent aux possibilités d'améliorer la mesure du rendement, les systèmes de gestion de l'information ainsi que la gestion horizontale. Conçus pour s'attaquer aux recommandations, la réponse et le plan d'action de la direction ont engagé l'Agence sur la bonne voie.

2.1.4 Activité de programme – Mesures et interventions d'urgence



Ressources financières (en millions de dollars) en 2009-2010		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
32,3	67,8*	39,2**

Ressources humaines (équivalents temps plein) en 2009-2010		
Prévues	Réelles	Différence
200,2	199,6	0,6

* L'écart entre les dépenses prévues et le total des autorisations s'explique surtout par l'octroi de crédits supplémentaires au titre des interventions pour lutter contre la grippe A (H1N1) et de la sécurité en vue des Jeux olympiques de 2010 à Vancouver.

** Les dépenses réelles ont été inférieures au total des autorisations. Cet écart tient surtout au fait que la pandémie de grippe A (H1N1) s'est avérée moins grave que prévu, ce qui s'est traduit par des coûts réduits au regard des laboratoires et des besoins d'intervention liés à la lutte contre la pandémie.

Résultat prévu pour l'activité de programme :

- Le Canada est préparé à réagir aux risques pour la santé publique que posent les urgences d'origine naturelle ou humaine—y compris l'éclosion de maladies infectieuses, les ouragans, les inondations, les séismes et les incidents chimiques, biologiques, radioactifs ou nucléaires—de même qu'à rétablir la situation au cours de la période postérieure aux urgences.

Indicateurs de rendement	Cibles	État du rendement	Sommaire du rendement
Mesure dans laquelle les phénomènes de santé publique et les exercices s'avèrent utiles pour améliorer la gestion des situations d'urgence par l'Agence	Des leçons sont tirées pour la totalité des phénomènes de santé publique et des exercices	Entièrement satisfait	Les phénomènes de santé publique et les exercices multipartites se sont avérés instructifs pour cerner les lacunes relatives à la gestion générale des situations d'urgence par l'Agence. Par exemple, l'épisode de grippe A (H1N1) et la tenue des Jeux olympiques de 2010 à Vancouver ont mis à l'épreuve la capacité de l'Agence de gérer de multiples phénomènes de santé publique. À la lumière de telles expériences, les conclusions suivantes s'imposent : • Le Canada dispose des capacités requises pour déployer des interventions en santé publique, y compris des interventions d'urgence. • L'Agence renforce la capacité des organismes de santé publique d'exercer leurs responsabilités essentielles en matière de santé publique. • Au Canada, les travailleurs et les premiers intervenants du domaine de la santé publique possèdent les compétences nécessaires pour exercer efficacement leurs fonctions liées au domaine. • Les organismes pancanadiens pertinents font preuve d'une interopérabilité et de capacités d'intervention améliorées.

			• Les plans de gestion et de réduction des risques pour la santé publique définissent clairement les rôles et les responsabilités. Ces plans sont administrés conformément aux délais. • Dans le domaine de la santé publique, des progrès ont été réalisés au regard de la collaboration entre les partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, les partenaires internationaux et les ONG. Des possibilités d'amélioration des mesures d'urgence s'offrent à l'Agence en ce qui touche la planification, l'équipement, la formation et la préparation.
Pourcentage de mise en œuvre du Règlement sanitaire international au Canada	Faire face à l'engagement de conformité intégrale d'ici 2012	Dépassé	Le Canada a procédé à un auto-examen des capacités dont disposent les structures et les ressources existantes, à l'échelon fédéral, provincial et territorial, en vue de satisfaire aux exigences minimales formulées par le Règlement sanitaire international en matière de capacités fondamentales. Le Canada répond déjà aux exigences minimales. Cependant, des améliorations pourraient être améliorées dans dix secteurs. Un plan d'action visant à prendre des mesures à cet effet a reçu l'aval des « champions » fédéraux, provinciaux et territoriaux du Règlement sanitaire international. Un rapport d'évaluation des capacités pancanadiennes sera publié à l'automne 2010. Ce rapport détaillera les processus, formulera des constats et proposera un plan d'action.

Avantages pour les Canadiens

Des efforts constants, fondés sur des améliorations et une attention de tous les instants, s'imposent pour assurer la mise au point et l'observation des règlements au Canada et pour instaurer, en matière d'interventions d'urgence, des capacités et des protocoles qui réduisent les souffrances possibles des Canadiens et accélèrent le rétablissement de la nation à la suite de phénomènes de santé publique. Ainsi, les menaces pour la santé et la sécurité des Canadiens sont atténuées lors de situations d'urgence en santé publique qui surviennent à l'étranger. Les risques associés aux rassemblements de masse qui ont lieu au Canada ou à l'étranger sont cernés et font l'objet de plans et de mesures de gestion. Des capacités de mise en quarantaine et des interventions sanitaires d'urgence, tous les jours 24 heures sur 24, contribuent à la santé et à la sécurité des Canadiens. Bref, une approche « tous risques »[31] est en vigueur.

À cet égard, l'Agence : fournit et met en œuvre des règlements nationaux de qualité supérieure qui tiennent compte des normes et des obligations internationales; maintient une réserve de fournitures médicales, pour utilisation n'importe où au Canada, selon le besoin; assure le dépistage des menaces possibles pour la santé publique à tous les points d'entrée du Canada et veille au confinement des sources visées; et fournit des services, des inspections et un savoir-faire constants en vue d'améliorer la sûreté des agents pathogènes humains ou des toxines et d'assurer leur manipulation sécuritaire.

Analyse du rendement

En matière de mesures et d'interventions d'urgence, le Centre des opérations d'urgence du portefeuille de la santé (COUPS) se trouve au cœur des capacités de l'Agence. Principal point d'accès aux communications pour les intervenants, le COUPS gère les interventions conjointes de Santé Canada et de l'Agence lorsque surviennent des phénomènes de santé publique. En fonction en tout temps, 24 heures sur 24, pendant le déploiement des mesures de lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1) ainsi que pendant la tenue des événements de masse associés aux Jeux olympiques de 2010 à Vancouver, le COUPS a produit

[31] État de préparation et capacité d'intervenir en cas d'incident chimique, biologique, radioactif ou nucléaire ainsi que soutien octroyé par l'Agence à des partenaires fédéraux, provinciaux ou territoriaux et à des ONG, en vue d'améliorer les capacités et les compétences et de renforcer le partage de renseignements, la communication, la clarification des rôles et des responsabilités et la collaboration au titre des préparatifs et des interventions lors de situations d'urgence en santé publique.

et diffusé un rapport intégré[32], à l'intention des intervenants nationaux et internationaux. En outre, il a veillé à ce que le Canada se conforme aux dispositions du Règlement sanitaire international relatives à la capacité de répondre aux demandes et de communiquer des renseignements au sujet d'événements d'intérêt majeur pour la santé publique internationale.

L'Agence a mis sur pied le groupe de travail interrégional du Groupe de travail sur la grippe A (H1N1). Dans tout le pays, les effectifs régionaux des membres du portefeuille de la santé ont été formés à travailler au sein de centres régionaux de coordination d'urgence et ont mis en œuvre les interventions sanitaires décrétées par le gouvernement du Canada en réponse à des situations d'urgence à l'échelon local, avec le concours des agents de santé publique fédéraux, provinciaux et territoriaux et en partenariat avec ces derniers. Conjuguées à l'établissement d'une fonction d'agent de liaison régional, ces activités ont permis le déploiement d'interventions d'urgence complètes et conséquentes, partout au Canada. Les bureaux régionaux de l'ASPC ont produit un compte rendu interrégional après action, au regard de la lutte contre la grippe A (H1N1), et prennent des mesures qui s'inspirent des leçons retenues de cette expérience.

L'Agence a appuyé les réseaux d'intervention en cas d'urgence sanitaire à l'échelon fédéral, provincial et territorial, y compris le Conseil des directeurs des services sociaux d'urgence, le Conseil des gestionnaires des mesures d'urgence de la santé, le Conseil des directeurs du secteur bénévole chargés des situations d'urgence, le Réseau national des services sociaux d'urgence des municipalités et le Consortium national des services d'aide psychosociale d'urgence. Tous ces groupes sont intervenus activement et ont maintenu des communications constantes, produisant des extrants comme des fiches psychosociales en vue de renforcer la lutte contre la grippe A (H1N1).

Quelques faits à propos de l'Agence ...
Dans le cadre de sa stratégie de modernisation permanente, l'Agence a enrichi sa Réserve nationale de secours. Plus de 400 ventilateurs ont été ajoutés, dont des unités pouvant servir en pédiatrie. Une nouvelle clinique miniature a été conçue et déployée, aux fins d'utilisation lors de rassemblements de masse.

Les plans sont essentiels à la mise en œuvre efficace de stratégies relatives à la préparation et aux capacités en matière de santé publique. L'Agence a : mis la dernière main au Plan d'intervention en cas d'urgence du portefeuille de la santé; implanté un plan de mesures et d'interventions d'urgence, assorti de directives habituelles de travail, dans le cadre du système de commandement des interventions exploité lors des Jeux olympiques de 2010 à Vancouver; mis à exécution le volet du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza relatif aux laboratoires lors de l'épisode de grippe A (H1N1), de façon à améliorer les communications et la collaboration; et mis en œuvre le Système pancanadien de gestion des incidents sanitaires qui a servi à soutenir les interventions fédérales, provinciales et territoriales lors de la deuxième vague de grippe A (H1N1), d'octobre à décembre 2009. Par ailleurs, en partenariat avec les intervenants concernés, l'Agence a déployé un plan d'intervention sanitaire d'urgence visant les rassemblements de masse associés aux Jeux olympiques et paralympiques d'hiver de 2010 à Vancouver. Lors de la phase opérationnelle médicale de 60 jours, 21 médecins, inhalothérapeutes et membres du personnel infirmier de l'équipe d'intervention sanitaire d'urgence de l'Agence se sont joints à l'équipe médicale en fonction au sein de l'unité médicale mobile. Par ailleurs, afin de contribuer au maintien de capacités suffisantes en situation de crise, l'Agence a engagé un dialogue avec les organismes de réglementation au sujet de l'octroi de permis d'exercer aux professionnels de la santé provenant de différentes administrations.

L'ASPC collabore à l'établissement d'un système de commandement des interventions qui visera à augmenter les capacités et à améliorer la coordination avec Santé Canada et l'Agence canadienne d'inspection des aliments lors de l'éclosion de maladies d'origine alimentaire. Inspirés par le rapport intitulé *Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada à l'éclosion de listériose de 2008*, les partenaires qui veillent à la salubrité des aliments coordonnent leurs efforts en vue de bien se préparer et d'intervenir efficacement à l'avenir, lors de l'éclosion de maladies d'origine alimentaire. À cette fin, les partenaires ont révisé le Protocole d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire, qui compte parmi les nombreuses initiatives lancées dans le but de réaliser des progrès en matière de salubrité des aliments.

Le plan d'engagement des contrats d'urgence de l'Agence s'est avéré déterminant pour la lutte contre l'éclosion de grippe A (H1N1). Grâce à ce plan, l'Agence a pu augmenter rapidement ses effectifs et s'assurer que le personnel soit disposé à communiquer ouvertement et à obtenir des approbations opportunes en vue d'achats névralgiques. Le personnel chargé de l'approvisionnement à l'Agence a pu travailler à l'achat des fournitures médicales requises, en tout temps et en tous lieux, pour le compte de l'ensemble des provinces et des territoires.

L'Agence a continué de renforcer les capacités relatives aux mesures d'urgence dans tout le Canada. Dans le cadre du Groupe intégré de la sécurité dirigé par la Gendarmerie royale du Canada, l'Agence a mobilisé et déployé avec succès l'équipe d'intervention d'urgence microbiologique—qui consiste en un camion et une remorque laboratoire—lors des Jeux olympiques d'hiver

[32] Il s'agit d'un rapport hebdomadaire qui donne un aperçu général des activités de santé publique touchant les Canadiens et qui propose un survol des nouvelles tendances et des ressources disponibles.

de 2010 à Vancouver. Ces actifs de laboratoire de pointe enrichissent maintenant les capacités de l'Agence en vue d'assurer la sécurité lors de grands événements internationaux. Ainsi, les scientifiques de l'ASPC sont en mesure d'offrir, sur le terrain, des services rapides de dépistage et d'évaluation des agents pathogènes à haut risque.

La réglementation est un volet-clé des efforts visant à protéger les Canadiens contre les situations d'urgence en santé publique et à atténuer les répercussions de telles situations lorsqu'elles surviennent. La promulgation de la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines* (LAPHT), en juin 2009, a établi un cadre législatif pour assurer une meilleure protection et renforcer la sécurité en vue de la manipulation et de la gestion des toxines et des agents pathogènes humains importés ou acquis au Canada. L'Agence dispose d'un plan de projet quinquennal détaillé qui énonce les activités, les calendriers et les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du cadre réglementaire et du cadre de programmation prévus par la LAPHT, en consultation avec les provinces et les territoires.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
L'Agence continue de renforcer ses capacités sur le plan des ressources humaines. En 2009-2010, elle a dispensé une formation à 800 professionnels de la santé publique de tout le Canada, au regard des mesures et interventions d'urgence dans le domaine, notamment en cas d'incident chimique, biologique, radioactif ou nucléaire. Par ailleurs, 300 employés fédéraux ont été formés à intervenir lors de situations d'urgence en santé publique. Par le biais d'exercices continus de formation portant sur les situations d'urgence, ces ressources perfectionnent et actualisent leurs compétences tout en assurant leur préparation en vue d'éventuels phénomènes de santé publique.

Le Canada a lancé diverses initiatives internationales à l'appui des mesures et interventions d'urgence planétaires. L'Agence a dépassé l'engagement d'assurer l'observation du Règlement sanitaire international d'ici 2012 et a formulé un plan d'action en vue d'aller au delà de la simple conformité. L'Agence a aidé l'OMS à mettre au point les guides et les cours de formation requis pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international partout dans le monde. Par le truchement du Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale, l'Agence a soutenu l'échange rapide de renseignements lors de la pandémie de grippe A (H1N1) tout en incitant les États membres à collaborer entre eux.

L'un des engagements pris pour 2009-2010 n'a pas encore été respecté, soit celui de mettre la dernière main au document rédigé avec les provinces, les territoires et les autorités sanitaires locales en vue d'adopter le cadre de coopération relatif aux services de mise en quarantaine. La date de production prévue du document a été fixée à décembre 2012.

Leçons retenues

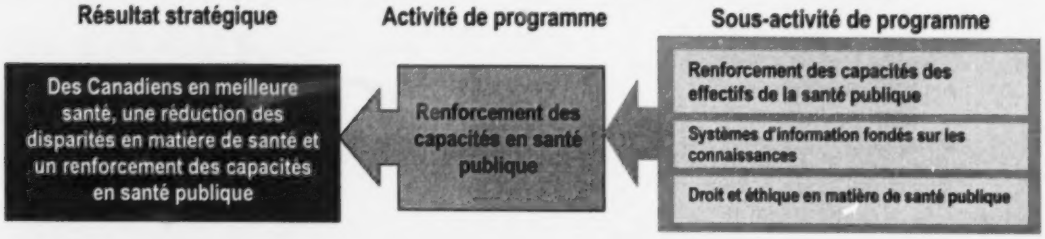
Pour que l'Agence puisse lutter contre de futurs épisodes comme l'éclosion de grippe A (H1N1), il faudra résoudre de graves pénuries de compétences et d'aptitudes sur le plan des ressources humaines. À l'avenir, pour que l'Agence exerce ses activités, il sera capital que tous les employés aient accès à une formation portant sur les mesures d'urgence. On devra redoubler d'efforts pour définir des programmes d'apprentissage pratique et les proposer au personnel, de façon à assurer une capacité d'appoint à l'appui de la gestion des éclosions. Des exercices de simulation multipartites ont mis en lumière des carences mineures ainsi que des possibilités d'amélioration sur le plan de la planification, de l'équipement et de la formation ou de la préparation du personnel de l'Agence, afin que cette dernière puisse intervenir efficacement lors de situations d'urgence et de phénomènes de santé publique.

L'expérience de la grippe A (H1N1) a également fait ressortir le besoin d'établir une approche échelonnée de lutte contre les pandémies. Toute pandémie ne justifie pas une capacité maximale de gestion et de confinement. Il y aurait lieu de formuler des plans d'intervention propres aux pandémies de faible gravité, aux pandémies de gravité modérée et aux pandémies très graves.

La pandémie de grippe A (H1N1) a suscité des échanges et des points d'interface complexes entre organismes de la santé œuvrant à l'échelon fédéral, provincial et territorial. Cette complexité s'est traduite par des défis plus grands que prévu sur le plan des communications. Des efforts de coopération ont permis à tous les organismes de s'adapter à différents systèmes d'intervention d'urgence. Les rôles et les responsabilités au regard de la lutte contre la pandémie ont été clarifiés, renforçant du coup la capacité de l'Agence de réagir aux phénomènes de santé publique à venir.

Bien que la LAPHT ait été promulguée, l'étape de préparation de l'avant-projet de loi n'a pas donné lieu à des consultations suffisantes auprès des intervenants, à en juger par les déclarations des témoins qui ont comparu tout au long du processus parlementaire. Des consultations fructueuses et étoffées auront lieu lors des étapes à venir, conformément aux principes énoncés dans la Directive du Cabinet sur la rationalisation de la réglementation. Des consultations préalables auprès des provinces, des territoires et des intervenants-clés serviront à établir un plan de consultation qui sera respecté tout au long du processus de mise au point des programmes et des règlements.

2.1.5 Activité de programme – Renforcement des capacités en santé publique



Ressources financières (en millions de dollars) en 2009-2010		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
31,1	37,8*	35,5**

Ressources humaines (équivalents temps plein) en 2009-2010		
Prévues	Réelles	Différence
222	170,8	51,2***

* L'écart entre les dépenses prévues et le total des autorisations s'explique surtout part l'octroi de nouveaux crédits au titre des négociations collectives et de la lutte contre la listériose.

** L'écart entre les dépenses réelles et le total des autorisations tient surtout aux retards qu'a connus la dotation en raison de l'accent mis par l'Agence sur la lutte contre l'éclosion de grippe A (H1N1).

*** L'écart entre l'utilisation réelle et l'utilisation prévue d'équivalents temps plein s'explique surtout par les retards de dotation résultant de la réorientation des priorités de l'Agence en faveur de la lutte contre la grippe A (H1N1).

Résultat prévu pour l'activité de programme :

- En matière de santé publique, le Canada dispose de la main-d'œuvre, de l'information, des lois et des cadres éthiques nécessaires pour parer aux besoins du pays.

Indicateurs de rendement	Cibles	État du rendement	Sommaire du rendement
Répertoire des capacités en santé publique	Établir un point de référence d'ici le 31 mars 2012	Non disponible	Des consultations réalisées auprès d'experts en programmes, à l'appui de la mise au point du cadre de mesure du rendement (CMR) de 2010-2011, ont mené à la décision de recourir aux indicateurs du CMR plutôt qu'à l'indice des capacités en santé publique pour rendre compte des progrès réalisés sur le plan du renforcement des capacités. Un groupe de travail interne a été mis sur pied en vue de définir des indicateurs portant sur les capacités en santé publique, de les valider et d'assurer un suivi à leur égard. L'harmonisation des démarches se poursuit afin de poursuivre l'élaboration d'indicateurs de santé publique, par le truchement des groupes d'experts du Réseau pancanadien de santé publique.

Avantages pour les Canadiens

Dans le domaine de la santé publique, les Canadiens tirent parti d'une main-d'œuvre qui possède le savoir et les compétences nécessaires au renforcement des capacités dont le pays a besoin pour détecter les grands problèmes et agir en vue de les régler. Soucieuse de participer à l'édification de ce savoir et de ces compétences, l'Agence cerne les exigences et les besoins d'apprentissage de la main-d'œuvre du domaine de la santé publique, offre des possibilités d'apprentissage et des outils et programmes de perfectionnement professionnel ainsi qu'élabore des outils de mesure des effectifs qui servent à guider la planification des ressources humaines en santé publique.

Analyse du rendement

Au cours de la dernière année, d'importants pas ont été franchis en vue de doter l'Agence d'un cadre d'apprentissage axé sur les compétences. Un jalon important a été posé avec la création du Conseil d'apprentissage de l'ASPC, en juin 2009. Entre autres réalisations, cette instance a : établi un réseau de spécialistes en la matière; donné son aval à un programme de perfectionnement relatif au groupe Économique et services de sciences sociales (EC); établi le cadre d'apprentissage de la direction générale chargée des mesures et interventions d'urgence; réalisé un projet-pilote portant sur une application qui automatise le processus de discussions sur le rendement et le plan d'apprentissage personnel; et amélioré l'échange de renseignements sur l'apprentissage interdisciplinaire. Parmi les autres améliorations notables effectuées par l'Agence, mentionnons la création d'un programme-pilote de perfectionnement des médecins qui joignent les rangs de l'ASPC, le lancement d'un programme de stages à l'intention des étudiants inscrits à la maîtrise en santé publique ainsi que la mise sur pied d'un programme pour médecins résidents dans les collectivités qui vise à resserrer les liens de collaboration avec les facultés de médecine de tout le Canada.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
Le *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2009 : Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé* a été déposé au Parlement le 20 octobre 2009.

Le Programme canadien d'épidémiologie de terrain (PCET) a fait l'objet d'une étude opérationnelle et d'une restructuration. Une évaluation officielle du PCET sera menée dans le cadre élargi de l'examen des services extérieurs offerts par l'Agence.

Le déploiement intégral du Programme canadien de services en santé publique s'est heurté à d'importants obstacles, en raison notamment de la dotation en personnel dans les régions éloignées, qui s'est avérée plus difficile que prévu, et du nombre très élevé de réponses qu'a suscité l'appel de demandes.

L'Agence a continué d'appuyer les activités courantes du Groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique. Ainsi, elle a défini des chemins critiques à l'appui des deux priorités qui ont été fixées dans le domaine de la santé publique, soit la qualité des études supérieures en santé publique et le recensement des ressources dans le domaine.

Avec le concours de l'Université du Manitoba, du Programme fédéral d'expérience de travail étudiant et des programmes d'alternance travail-études, l'ASPC continue de proposer des programmes d'apprentissage supervisé, sous la direction de scientifiques du Laboratoire national de microbiologie (LNM). Ces programmes sont offerts à des détenteurs de bourses de perfectionnement post-doctoral du monde entier, à des boursiers locaux de recherche post-doctorale en médecine ainsi qu'à des étudiants de premier cycle et des étudiants de deuxième ou troisième cycle de tout le Canada. Plus de 180 personnes ont pris part à des stages de travail au LNM, d'une durée de quelques mois ou de quelques années.

L'Agence a introduit son programme d'agents techniques de laboratoire chargés de la liaison, qui a donné lieu à la conclusion de protocoles d'entente avec sept provinces participantes. Lors de l'éclosion de grippe A (H1N1), les agents techniques ont appuyé les activités menées en laboratoire dans le cadre du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza ainsi que renforcé la coordination des interventions déployées dans tout le Canada.

L'ASPC a dirigé les négociations avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et avec d'autres ministères des provinces en vue du lancement de nouveaux programmes et de nouvelles initiatives. Elle a aussi veillé à l'encadrement de tous les accords, y compris les ententes intergouvernementales, les contributions et les subventions relatives aux différents centres de l'ASPC, de façon à assurer le respect des dispositions pertinentes ainsi que le maintien de relations efficaces entre les instances fédérales, provinciales et territoriales.

L'Agence s'est également attardée au renforcement de sa fonction de surveillance et au resserrement de la coordination des activités de surveillance. L'ASPC a pris des mesures positives en vue de cerner les répercussions de la gestion du respect de la vie privée dans le cadre de ses activités de surveillance. Elle a mis au point un cadre de gestion de la protection de la vie privée qui s'intéresse notamment au recours à un outil Web, aux fins de l'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée à l'Agence, de même qu'à l'introduction d'une politique de collecte, d'utilisation et de diffusion des données sur la santé publique (en voie d'implantation).

Quelques faits à propos de l'Agence ...
Lors de l'éclosion de grippe A (H1N1), l'Agence est intervenue pour protéger les points d'entrée au Canada. À cette fin, elle a déployé du personnel, collaboré avec des partenaires-clés pour resserrer le dépistage et diffusé des messages au sujet de la santé publique. L'Agence a mis en œuvre un cadre autorisé d'assurance de la qualité des données, en plus d'élaborer un cadre intégré de surveillance et une norme de gestion des risques visant les activités et les outils de surveillance.

En ce qui touche l'information et les données relatives à la gestion des cas de surveillance, l'Agence a exercé un rôle de chef de file en vue de l'adoption des technologies de prochaine génération—par exemple, par la conduite d'un projet-pilote prévoyant la mise en œuvre d'un volet national Web de

Panorama (outil de gestion des cas) —, de façon à améliorer la cueillette et l'analyse de renseignements sur la santé de même que la coordination des mesures fédérales, provinciales et territoriales de lutte contre les éclosions de maladies, y compris les affections d'origine alimentaire. De plus, en tant que membre de l'Unité collaborative de normalisation d'Inforoute Santé du Canada, l'Agence est en mesure de diriger l'effort de mise au point de normes visant les données et la terminologie dans le domaine de la santé publique.

En lien avec des priorités comme la surveillance et l'observation du Règlement sanitaire international, l'Agence travaille à la formulation d'ententes avec les provinces et les territoires, par le truchement du Réseau pancanadien de santé publique. Des protocoles d'ententes définitifs ont été conclus en ce qui touche le partage de renseignements pendant une urgence en santé publique et la prestation d'une aide mutuelle en rapport avec les ressources en santé lors d'une situation d'urgence mettant en cause la santé publique, lesquels constitueront les pierres d'assise d'ententes plus détaillées. Au sein du réseau, les groupes d'experts en cause sont en voie de concevoir une entente multilatérale officielle portant sur le partage de l'information. Des négociations détaillées ont cours afin de définir les circonstances de santé publique qui justifieraient l'échange de renseignements, de spécifier la nature des renseignements visés, d'identifier les parties prenantes de l'échange et de déterminer les mécanismes régissant la transaction. La formulation de l'entente multilatérale sur le partage de l'information s'intègre dans le plan d'action canadien visant le Règlement sanitaire international.

Dans le cadre des efforts permanents qu'elle déploie pour faciliter la prise de décision, l'Agence a :

- mis sur pied une équipe chargée d'exercer une fonction de liaison au regard de l'évaluation de la santé de la population (l'une des six fonctions centrales de la santé publique), de façon à parer aux besoins de l'organisation en matière de données épidémiologiques et de renseignements sur la santé de la population;

- mené à bien le processus de renouvellement, en mars 2010 (pour une période maximale de cinq ans prenant fin entre 2010 et 2015), des crédits affectés à l'établissement de plans de travail qui visent à combler l'écart entre les travaux de recherche, les politiques et la pratique en santé publique, à l'appui des centres nationaux de collaboration en santé publique;

- fait valoir les enjeux concernant l'éthique de la recherche par le biais du Comité d'éthique de la recherche, ce dernier étant le fruit d'un partenariat entre Santé Canada et l'Agence, instauré le 1er avril 2010 et chargé d'officialiser le processus d'examen des questions d'éthique;

- collaboré avec des partenaires provinciaux et territoriaux afin de mettre au point des modules supplémentaires dans le cadre du Réseau pancanadien de renseignements sur la santé publique (RPRSP), y compris un outil Web servant à l'interprétation et à l'analyse en temps réel des résultats des épreuves en laboratoire.

La gestion du travail scientifique est une dimension importante du renforcement des capacités en santé publique. L'épisode de grippe A (H1N1) s'est avéré propice à la mise à l'essai de nouveaux modèles décisionnels. Le Comité consultatif scientifique de l'administrateur en chef de la santé publique chargé de la grippe A (H1N1) a veillé à l'ancrage des décisions de l'ASPC au regard des questions scientifiques, de façon à assurer la prise des précautions les plus appropriées et les plus efficaces pour protéger les Canadiens tout au long de la pandémie.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
La direction de l'ASPC a récemment autorisé la mise en place d'un comité consultatif sur l'éthique en santé publique qui veillera à conseiller et à orienter l'Agence en cette matière. De plus, la création d'un cadre d'éthique national fera l'objet de discussions exploratoires avec les membres du portefeuille de la santé et avec les représentants des forums provinciaux et territoriaux compétents. En garantissant que les décisions préalables à un phénomène de santé publique s'inscrivent dans un cadre national d'éthique, ces activités contribueront à la bonne santé des Canadiens.

À long terme, l'Agence est en voie d'établir un plan stratégique visant le travail scientifique et les activités de recherche. Cette instance sera chargée d'harmoniser le travail scientifique et l'élaboration des politiques et des programmes. L'administrateur en chef de la santé publique se fait le « champion » des efforts constants qui sont déployés en ce sens, lesquels mèneront à la formulation d'un cadre stratégique visant le développement et l'intégration du savoir fondé sur des données scientifiques dans toute l'Agence. Le cadre stratégique devrait être terminé au printemps ou à l'été 2011.

Leçons retenues

La réussite de la mise en œuvre de mécanismes à l'échelle de toute l'Agence et l'instauration d'une culture de collaboration qui favorise la coordination de la fonction de surveillance de l'ASPC sont des résultats qui supposent l'engagement permanent des

intervenants à tous les niveaux de l'organisation, à l'appui des buts, des objectifs et de la structure de gouvernance du Plan stratégique de surveillance de l'Agence.

Comme l'ont démontré les deux vagues de la pandémie de grippe A (H1N1), il y a lieu de s'assurer que les employés de l'ASPC aient tous accès aux connaissances névralgiques en matière de santé publique et puissent tous recevoir une formation portant sur les mesures d'urgence. En plus de mettre sur pied un secrétariat chargé de coordonner le déploiement des capacités d'appoint conformément au Protocole d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire, l'Agence devra redoubler d'efforts afin de définir et de dispenser des programmes d'apprentissage pratique en santé publique, à l'intention de son personnel, de façon à se doter de capacités d'appoint adéquates pour assurer la gestion conjointe des éclosions par différentes administrations. Partout au pays, il faudra augmenter le nombre d'employés possédant les compétences techniques nécessaires à la bonne gestion des éclosions.

2.1.6 Activité de programme – Services internes

Ressources financières (en millions de dollars) en 2009-2010		
Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
74,0	114,9*	111,5**

Ressources humaines (équivalents temps plein) en 2009-2010		
Prévues	Réelles	Différence
376,4	438,4	(62,0)***

* L'écart entre les dépenses prévues et le total des autorisations s'explique surtout par des transferts de crédits provenant d'autres activités de programme, lesquels transferts avaient pour but de renforcer les capacités de l'infrastructure financière et administrative de l'Agence. Le total des autorisations a été rajusté afin de traduire les dépenses engagées par les Services internes pour le compte d'autres activités de programme. Par exemple, le coût des services de communication a connu une augmentation marquée en raison des besoins de communication avec les Canadiens lors de la pandémie de grippe A (H1N1). De plus, l'enveloppe des Services internes comprend des crédits relatifs à l'agrandissement du Centre scientifique canadien de santé humaine et animale (CSCSHA).

** L'écart entre les dépenses réelles et le total des autorisations s'explique surtout par des retards touchant les travaux de construction liés au Laboratoire J.C. Wilt, l'agrandissement du CSCSHA ainsi que les projets de rénovation prévus.

*** L'écart entre l'utilisation réelle et l'utilisation prévue d'équivalents temps plein s'explique surtout par le recrutement de personnel à l'appui des interventions de lutte contre la grippe A (H1N1), par les besoins supplémentaires de dotation liés à la réalisation de nouveaux projets (notamment en ce qui touche les agents pathogènes humains) ainsi que par des réaffectations internes qui ont nécessité la redistribution de ressources provenant d'autres activités de programme.

Résultats prévus pour l'activité de programme :

- Les communications, les opérations et les programmes de l'Agence sont conformes aux lois, règlements, politiques et/ou plans applicables et satisfont aux besoins variés du public.
- Utilisation prudente des ressources et affectation stratégique de ces dernières entre les programmes, les processus et les services.
- La gestion et la technologie de l'information soutiennent les priorités et programmes gouvernementaux et la prestation des services.
- Les biens sont acquis et gérés de façon durable et responsable sur le plan financier, tout au long de leur cycle de vie, ce qui favorise la prestation efficiente et rentable des programmes et services gouvernementaux.

Indicateurs de rendement[33]	Cibles	État du rendement	Sommaire du rendement
Conformité aux délais imposés par la Loi sur l'accès à l'information et la Loi sur la protection des renseignements personnels	Note « A » (95 % et plus)	Presque entièrement satisfait	Le taux de conformité de l'ASPC atteint 83,1 %. À titre de comparaison, en 2008-2009, un taux moyen de conformité d'à peine 48 % a été observé pour l'ensemble des ministères fédéraux en ce qui touche le respect du délai imposé de 30 jours—un taux qui atteint 66 % si l'on considère les prolongations de délais autorisées[34].
Conformité à la politique de communication du gouvernement du Canada	100 %	Entièrement satisfait	Les activités relatives à la communication des risques sont conformes à la politique de communication du gouvernement du Canada.

[33] Le Rapport sur les plans et les priorités 2009-2010 de l'Agence n'énonçait aucun indicateur de rendement pour l'activité de programme Services internes. Les indicateurs de rendement ci-dessous ont été publiés dans le Rapport sur les plans et les priorités 2010-2011 et font l'objet d'un compte rendu aussi complet que possible dans le présent Rapport ministériel sur le rendement.

[34] Commissariat à l'information du Canada. *Maximiser la conformité pour plus de transparence* (consulté le 11 juin 2010). Sur Internet : http://www.infocom.gc.ca/fra/rp-pr_ar-ra.aspx.

Conformité à la Loi sur les langues officielles appliquée par le gouvernement du Canada	100 % des membres du personnel de direction répondent aux exigences du profil linguistique de leur poste En matière de langues officielles, le nombre de plaintes en cours est nul	Satisfait dans une certaine mesure	La proportion de membres du personnel de direction répondant aux exigences du profil linguistique de leur poste atteint 85 %. Le Service des ressources humaines soutient activement les efforts que déploient les personnes encore visées (15 %) pour répondre aux exigences linguistiques établies dans les délais prévus. Dix-sept plaintes ont été déposées en matière de langues officielles. Six dossiers ont été fermés par le Commissariat aux langues officielles (CLO), sept ont été acheminés pour fermeture au CLO, et quatre sont en cours.
Conformité à la Loi sur l'équité en matière d'emploi appliquée par le gouvernement du Canada	Autochtones : 3,3 % Personnes handicapées : 4,3 % Minorités visibles : plus de 12,9 % Femmes : 61,8 %	Entièrement satisfait	Représentation au sein de l'ASPC (1er avril 2009) : Autochtones – 3,5 % Personnes handicapées – 4,3 % Minorités visibles – 13,1 % Femmes – 69,4 %
Pourcentage de croissance observée pour les groupes professionnels en grave pénurie[35]	PE : 29 MD : 46 EC : 612 EG : 261 SE : 59	Presque entièrement satisfait	Employés nommés pour une période indéterminée PE : Avril 2009 : 29 ; Avril 2010 : 32 ; Pourcentage de croissance (avril 2010) : 10,3 MD : 43 ; 41 ; -4,7 EC : 577 ; 650 ; 12,7 EG : 217 ; 225 ; 3,7 SE : 58 ; 60 ; 3,4
Pourcentage d'écart entre les dépenses prévues et réelles de l'Agence à la fin de l'exercice	Écart de 5 % ou moins	Non satisfait Non satisfait Entièrement satisfait	Dépenses de fonctionnement (salaires, facteur de conversion, fonctionnement et entretien) – 5,6 % Dépenses en capital – 18,1 % Subventions et contributions – 1,5 %
Conformité à la version 2.0 des règles de normalisation des sites Internet (NSI) du gouvernement du Canada	100 %	Satisfait dans une certaine mesure	À l'automne 2009, le SCT a procédé à un examen des sites Web à l'échelle de tout le gouvernement, en vue de vérifier le degré de conformité à la version 2.0 des règles de NSI. Pour être jugée conformée, chaque page d'information diffusée sur le Web devait subir avec succès une vérification en 131 points. L'examen mené par le SCT a révélé des lacunes touchant la

[35] L'engagement énoncé dans le Rapport sur les plans et les priorités 2010-2011 prévoit « [le] maintien ou [l']amélioration de la disponibilité anticipée des effectifs, selon les données de référence établies le 1er avril 2009 ». Les cibles de croissance des pourcentages sont encore en voie d'être définies.

			conformité de l'ensemble des sites Web gouvernementaux. Les lacunes sont particulièrement marquées dans le cas des ministères et organismes de petite taille qui exploitent un grand nombre de pages. L'Agence poursuit son travail en vue d'assurer une conformité intégrale aux normes associées à la version 2.0 des règles de NSI.
Pourcentage d'immobilisations importantes faisant l'objet de rapports sur la condition des biens	100 %	Satisfait dans une certaine mesure	L'Agence a resserré la supervision et le contrôle qu'elle exerce à l'égard des biens matériels. À cette fin, elle a mis en œuvre une toute première politique de gestion des biens, produisant des rapports sur la condition des immobilisations dont la valeur d'acquisition dépasse 50 000 dollars. Cette initiative a connu des retards en raison des mesures prises par l'Agence pour lutter contre l'éclosion de grippe A (H1N1). L'Agence a produit 62 % des rapports sur la condition des immobilisations recensées (208 rapports sur 336). Les immobilisations restantes seront abordées en 2010-2011.

Avantages pour les Canadiens

Tout en contribuant à l'harmonisation des ressources et des priorités gouvernementales, les Services internes ont satisfait aux besoins des programmes et aux obligations générales de l'organisation. En plus d'assurer la prestation efficace et efficiente des programmes, ce travail a permis de dégager des ressources suffisantes pour appuyer l'exercice des activités de l'Agence tout au long de l'épisode de grippe A (H1N1), sans pour autant négliger les questions relatives à l'administration, aux ressources humaines et aux ressources en capital. Les Services internes ont formulé des conseils et des recommandations portant sur différents dossiers, qu'il s'agisse de risques généraux, de planification stratégique, de gestion du changement ou d'améliorations apportées à la gestion interne de l'organisation. Les Services internes ont également travaillé à la conception et à l'évaluation de plans stratégiques, à la mise en œuvre de pratiques et de politiques du gouvernement du Canada, au renforcement de pratiques générales de gestion des risques, à la préparation de plans de continuité des opérations et à la formation d'employés en vue d'assurer le perfectionnement de compétences élargies et améliorées.

Analyse du rendement

Quelques faits à propos de l'Agence ...
En 2009-2010, 99 employés ont pris part à huit séances de formation organisées par l'Agence et portant sur le cadre de communication stratégique des risques. En outre, 26 employés ont reçu une formation par voie d'ateliers spécialisés à l'intention du personnel affecté au projet d'ententes sur le partage de renseignements.

De tous les facteurs qui agissent sur l'étendue et la qualité du travail, le plus important a trait aux capacités des ressources humaines. L'Agence s'est engagée à rationaliser et à améliorer sans cesse ses stratégies, ses politiques et ses pratiques en matière de ressources humaines. Les résultats obtenus sont de trois ordres. En juillet 2009, l'Agence a approuvé de nouvelles politiques de dotation qui s'attardent aux nominations intérimaires et au processus de sélection des nominations. Le plan de délégation des pouvoirs a fait l'objet d'amendements qui ont reçu l'aval de la direction. En février 2010, l'Agence s'est dotée d'un cadre et d'un plan d'action relatifs aux valeurs et à l'éthique. En outre, des lignes directrices ont été approuvées en ce qui touche les conflits d'intérêts et l'après-mandat. En avril 2010, l'Agence a cautionné un cadre de gestion des personnes qui formule une démarche stratégique et conséquente, à l'appui de la gestion de l'humain. L'Agence ira de l'avant avec la mise en œuvre d'une approche stratégique triennale en vue de favoriser l'atteinte des objectifs et le respect des priorités en matière de ressources humaines.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
Un taux de réponse de 93 % a été enregistré pour le processus de discussions sur le rendement et le plan d'apprentissage personnel. L'ASPC continue d'améliorer ces processus. Une application a été produite afin d'automatiser la démarche. Cette application, qui a fait l'objet d'un essai-pilote, sera déployée dans toute l'Agence en 2010-2011.

Des activités ont été élaborées dans toute l'Agence afin de satisfaire aux besoins des employés, tels que mis en lumière par le sondage de 2008 auprès des fonctionnaires fédéraux. Ce dernier a révélé l'existence d'un solide noyau d'employés qualifiés, dévoués et engagés, qui sont satisfaits de leur travail et qui ont accès à des possibilités d'apprentissage en vue d'exercer leurs fonctions. Parmi les points à améliorer, on note la conciliation entre le travail et la vie personnelle, la charge de travail, la communication et le besoin de contrer le

harcèlement et la discrimination. Pour aborder ces enjeux, l'Agence a organisé des conférences sur le bien-être en milieu de travail et mis sur pied des ateliers portant sur la lutte contre le harcèlement. De plus, elle a maintenu ses efforts en vue de réunir les conditions requises pour susciter une forte mobilisation du personnel en faveur du bien-être en milieu de travail. Aujourd'hui parrainée par des « champions » conjoints, cette cause fait l'objet d'un plan d'action qui a été approuvé en mai 2010.

L'Agence continue d'identifier des apprenants et de surveiller la réussite des activités de formation obligatoire, conformément à la Politique du SCT en matière d'apprentissage, de formation et de perfectionnement. Soucieuses d'obtenir une délégation des pouvoirs financiers, l'équipe chargée des finances et l'équipe chargée de l'apprentissage collaborent en vue d'assurer le respect de la politique et des exigences. De plus, comme mentionné à la section 2.1.5, le Conseil d'apprentissage de l'ASPC soutient l'instauration d'une culture d'apprentissage vivante au sein de l'organisation.

Fidèle au Plan d'action pour le renouvellement de la fonction publique produit par le Bureau du Conseil privé, l'ASPC avait embauché, en date de décembre 2009, 57 recrues ayant fait des études postsecondaires—y compris sept membres de minorités visibles—en vue de doter des postes d'une durée indéterminée. L'organisation accueillera 20 recrues supplémentaires en 2010-2011. En plus de recruter 98 étudiants de niveau postsecondaire pour doter des postes réservés aux participants du Programme d'enseignement coopératif, l'Agence a accueilli 71 étudiants inscrits au Programme fédéral d'expérience de travail étudiant, reçu cinq étudiants inscrits au Programme des adjoints de recherche et coordonné le déploiement de quelque 59 étudiants inscrits à la maîtrise dans des disciplines connexes. L'Agence a réalisé des progrès dans tous les secteurs prioritaires désignés pour le renouvellement de la fonction publique. Conformément au plan d'action économique de 2009, l'Agence a pleinement utilisé des crédits de 177 021 dollars, affectés par le Conseil du Trésor, et procédé à l'embauche de 24 étudiants supplémentaires dans les régions. De plus, afin de saluer l'apport des étudiants, l'ASPC a organisé des activités de reconnaissance dans la région de la capitale nationale et à Winnipeg, en août 2009.

Quelques faits à propos de l'Agence ...
L'ASPC compte parmi les ministères fédéraux qui ont été retenus pour collaborer étroitement avec le SCT au projet-pilote portant sur les solutions opérationnelles. À ce titre, l'Agence participe activement au déploiement des services communs du gouvernement du Canada.

Soucieuse de satisfaire au besoin d'établir des normes et de répondre aux exigences du SCT en ce qui touche les mécanismes de suivi et de vérification des politiques, l'Agence a mis au point et approuvé, à l'interne, un cadre fondé sur un ensemble de politiques. Ce cadre a pour but de formuler des directives claires et de fixer les responsabilités, les attentes, les processus et les exigences visant les niveaux d'approbation, et ce, sans provoquer la multiplication des règles auxquelles est soumise l'organisation. La mise en œuvre du cadre sera menée à bien dès que des ressources auront été désignées.

Pour l'Agence, la gestion des risques s'avère capitale en vue de la prestation efficace de services aux Canadiens. Le recours accru au cadre de communication portant sur les risques stratégiques a nécessité, au sein du portefeuille de la santé, la formation du personnel chargé des communications, des programmes et des politiques, par le biais de séances interactives régulières offertes tout au long de l'année. L'Agence a mis au point une stratégie de communication des risques afin d'encadrer son mode de partage des renseignements avec le public. D'abord formulées dans le but d'aborder les maladies d'origine alimentaires, en réponse à l'éclosion de listériose, les nouvelles méthodes dont fait état la stratégie—notamment l'utilisation novatrice des médias de réseaux sociaux et des webémissions audiovisuelles par l'administrateur en chef de la santé publique—ont été d'une importance fondamentale pour communiquer avec les Canadiens lors de l'épisode de grippe A (H1N1). L'Agence a aussi défini et approuvé une norme de gestion intégrée du risque ainsi que conçu les outils et les critères connexes en vue de sa mise en œuvre.

L'AAP de 2010-2011 a été approuvée par le Conseil du Trésor le 28 mai 2009. Par ailleurs, le CMR de 2010-2011 a reçu l'aval du Secrétariat du Conseil du Trésor le 31 juillet 2009. L'Agence stabilisera son AAP et continuera d'améliorer son CMR pour veiller à ce que ses résultats prévus, ses extrants et ses indicateurs de rendement demeurent pertinents et mesurables.

La pandémie de grippe A (H1N1) a motivé le report de la mise au point du cadre de participation du public de l'ASPC. Cependant, la version préliminaire du cadre et du guide a servi à la planification des activités de consultation et d'établissement des priorités au regard du vaccin contre la grippe A (H1N1). Le travail a repris en vue de l'achèvement du cadre et du guide, conformément à un plan qui prévoit des outils, une formation permanente et une présence Web. On compte maintenant terminer ce projet en mars 2011.

Leçons retenues

L'examen à mi-parcours du Plan stratégique de surveillance 2007-2012 est un exercice utile qui a permis de dégager des enjeux et des préoccupations concernant les progrès réalisés au regard des 28 priorités énoncées dans le plan. L'examen a poussé la

haute direction à débattre chacune des 28 priorités—une démarche salutaire qui a permis de cerner les défis et les questions à privilégier pour la suite des activités, au prix cependant d'un investissement notable en temps de la part de l'Agence.

En dépit du défi posé par la réaffectation des ressources humaines pour soutenir l'effort de lutte contre la grippe A (H1N1), l'Agence a réussi à produire une majorité de rapports sur la condition des biens. La normalisation des renseignements à réunir et du calendrier connexe a permis de simplifier le processus annuel d'examen des biens.

Le fait d'intégrer la formation visant le cadre de communication des risques stratégiques aux autres possibilités de formation qui s'offrent en permanence à l'Agence constitue une pratique exemplaire. Pour continuer sur cette lancée, il sera important que l'Agence crée un réseau d'échanges de pratiques qui soutiendra la promotion des pratiques exemplaires associées au cadre de communication des risques stratégiques, par opposition aux séances de formation ponctuelles.

Selon les conclusions d'un rapport de vérification publié en novembre 2009, l'ASPC est encore au stade préliminaire de l'élaboration de pratiques visant la gestion de l'information et des documents. Cette fonction, actuellement décentralisée, devra subir d'autres améliorations afin que les pratiques de l'Agence soient tout à fait conformes aux politiques et aux lignes directrices du Conseil du Trésor. Soucieuse de redresser la situation, l'Agence a récemment développé un cadre d'information ainsi que des politiques, des protocoles et une formation visant la gestion de l'information et des documents.

2.2 Plan d'action économique du Canada

En vue de résoudre un problème de manque d'espace au Centre scientifique canadien de santé humaine et animale (CSCSHA), le Conseil du Trésor a approuvé, en avril 2009, un projet d'agrandissement qui s'inscrit dans le Plan d'action économique du Canada et qui vise à faciliter le déplacement efficace et rentable des biens et des échantillons au sein du CSCSHA. Les dépenses prévues du projet s'établissaient à 3,5 millions de dollars en 2009-2010 et à 20,6 millions de dollars en 2010-2011. Les dépenses réelles ont atteint 2,9 millions de dollars en 2009-2010. L'écart de 600 000 dollars entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique par des délais administratifs imprévus, notamment en raison d'une revue à la baisse des objectifs des travaux après l'étape des soumissions et en raison de retards touchant la délivrance de permis de construction par les autorités municipales.

En dépit de ces retards administratifs, les progrès réalisés jusqu'à présent sont encourageants. Les activités de mise en route sont terminées, la démolition a débuté en décembre 2009 et les travaux de construction ont été lancés en avril 2010.

Le Rapport sur les plans et les priorités 2010-2011 définit un plan de gestion du rendement relatif au projet de l'Agence qui s'inscrit dans le Plan d'action économique du Canada. Les trois résultats prévus et indicateurs de rendement suivants en sont extraits. Le sommaire du rendement communique les meilleurs renseignements disponibles, en date de rédaction du présent rapport.

Résultats prévus	Indicateurs de rendement	Sommaire du rendement
Meilleure capacité de diagnostic des agents pathogènes	Nombre d'échantillons traités par période	Non disponible avant la fin des travaux d'agrandissement. Un point de référence sera établi en 2010-2011, aux fins de comparaison.
Interventions plus rapides en cas d'urgence sanitaire	Délai d'établissement d'un diagnostic une fois l'échantillon reçu	Non disponible avant la fin des travaux d'agrandissement. Un point de référence sera établi en 2010-2011, aux fins de comparaison.
Création d'emplois	Nombre d'emplois créés	On prévoit faire appel aux services de quelque 75 personnes de métier à l'étape des travaux de construction.

Section III – Renseignements supplémentaires

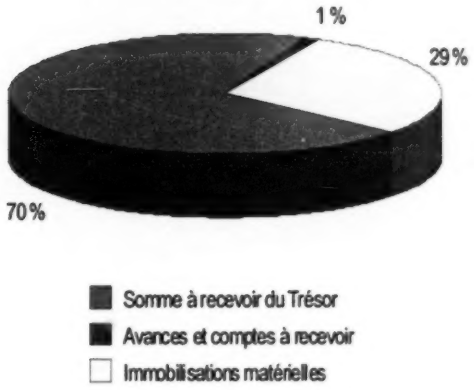
3.1 Principaux renseignements financiers

État condensé de la situation financière en date du 31 mars (fin de l'année financière)	Variation (%)	2008-2009	2009-2010
ACTIFS	69 %	159 318 798	268 825 486
PASSIFS	70 %	143 571 401	243 384 631
AVOIR	62 %	(15 747 397)	(25 440 855)
TOTAL	**69 %**	**159 318 798**	**268 825 486**

État condensé des opérations financières en date du 31 mars (fin de l'année financière)	Variation (%)	2008-2009	2009-2010	Prévisions pour 2009-2010
CHARGES	58 %	602 978 580	950 175 886	690 481 000
REVENUS	5 %	283 746	297 548	540 000
RÉSULTATS D'EXPLOITATION NETS	**58 %**	**602 694 834**	**949 878 338**	**689 941 000**

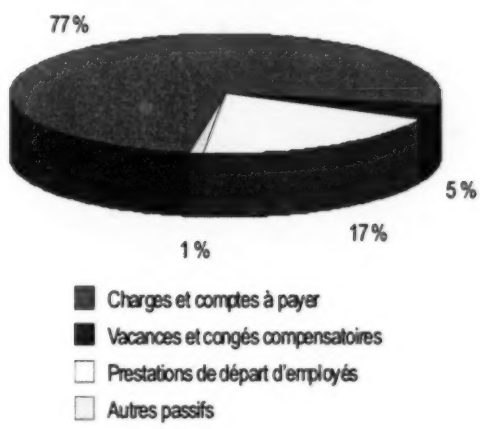
Remarque : L'état condensé de la situation financière a été modifié à la suite de la décision de l'Agence de se conformer à la norme comptable du Conseil du Trésor (NCCT) 1.2.

Répartition selon le genre d'actif



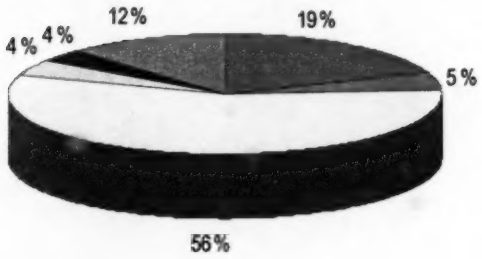
L'actif total s'élevait à 268,8 millions de dollars, une augmentation de 69 % (109,5 millions de dollars) par rapport aux 159,3 millions de dollars enregistrés à la fin de l'année financière précédente. La somme à recevoir du Trésor s'établissait à 187,5 millions de dollars (soit 70 % de l'actif total), comparativement à 77,8 millions de dollars (29 %) pour les immobilisations matérielles et 3,5 millions de dollars (1 %) pour les avances et les comptes à recevoir.

Répartition selon le genre de passif



Le passif total s'élevait à 243,4 millions de dollars, une augmentation de 70 % (99,8 millions de dollars) par rapport aux 143,6 millions de dollars enregistrés à la fin de l'année financière précédente. Les charges et les comptes à payer s'établissaient à 188,0 millions de dollars (soit 77 % du passif total), comparativement à 41,6 millions de dollars (17 %) pour les prestations de départ d'employés, 10,9 millions de dollars (5 %) pour les vacances et les congés compensatoires et 2,9 millions de dollars (1 %) pour les autres passifs.

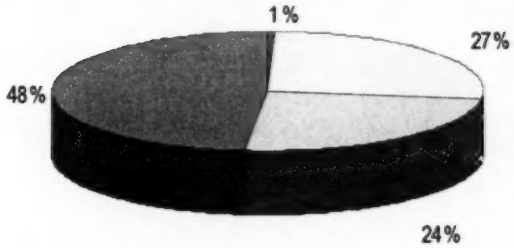
Charges – affectation des crédits



- Promotion de la santé
- Prévention et contrôle des maladies chroniques
- Prévention et contrôle des maladies infectieuses
- Mesures et interventions d'urgence
- Renforcement des capacités en santé publique
- Services internes

Les charges totales de l'Agence se sont élevées à 950,2 millions de dollars. L'Agence a consacré 531,2 millions de dollars (56 % du total) à la prévention et au contrôle des maladies infectieuses, 182,6 millions de dollars (19 %) à la promotion de la santé, 48,6 millions de dollars (5 %) à la prévention et au contrôle des maladies chroniques, 39,7 millions de dollars (4 %) aux mesures et interventions d'urgence, 36,5 millions de dollars (4 %) au renforcement des capacités en santé publique et 111,6 millions de dollars (12 %) aux services internes.

Répartition selon le genre de passif



- Charges et comptes à payer
- Vacances et congés compensatoires
- Prestations de départ d'employés
- Autres passifs

L'Agence reçoit la plus grande partie de son financement au moyen de crédits parlementaires annuels, bien que certains revenus soient tirés des activités de programme. Toutes les rentrées de fonds de l'Agence sont déposées au Trésor, et tous les décaissements qu'elle fait sont prélevés sur le Trésor. Les revenus totaux de l'Agence se sont chiffrés à 297 500 dollars, dont des revenus disponibles de 53 900 dollars.

États financiers

Les états financiers de l'Agence pour l'année financière 2009-2010 sont disponibles en ligne à http://www.phac-aspc.gc.ca/dpr-rmr/2009-2010/index-fra.php.

3.2 Liste de tableaux

Les tableaux suivants se retrouvent sur le site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor à http://www.tbs-sct.gc.ca/dpr-rmr/2009-2010/inst/ahs/st-tstb-fra.asp :

- Sources des revenus disponibles et des revenus non disponibles
- Rapport sur les frais d'utilisation
- Renseignements sur les programmes de paiements de transfert
- Initiatives horizontales
- Achats écologiques
- Réponse aux comités parlementaires et aux vérifications externes
- Vérifications internes et évaluations